



2021 年 1 月 1 日 — 2021 年 12 月 31 日

承保证明：

您作为安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) (PDP) 会员享有的联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 处方药物承保

本手册为您提供有关 2021 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 处方药物承保的详情。并解释如何为您所需处方药物取得承保。**这是一份重要的法律文件，请妥善保管。**

本计划安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 由 安保健康保险计划 (EmblemHealth Plan, Inc.) 提供。（本**承保证明**中所称之“我们”或“我们的”意指 安保健康保险计划 (EmblemHealth Plan, Inc.)。本文中所称之“计划”或“我们的计划”意指安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) (PDP)。）

本文内容亦免费提供西班牙文版本。

如需其他信息，请致电 **1-877-444-7241** 联系我们的客户服务部。（听力或语言障碍人士 TTY 专线用户请致电 **711**）。服务时间为每周 7 天，每天 8:00 am 至 8:00 pm。

本信息亦提供大字体和盲文等其他替代格式。如需更多信息，请致电前述之号码联系客户服务部。

福利、保费、自付额和/或自付款/共同保险金可能会在 2022 年 1 月 1 日变更。

药物名册和/或药房网络可能会随时变更。您将会在必要时收到通知。

S5966_201466_C 文件和使用

2021 年承保证明

目录

此章节清单和页数是您的起始点。如需寻找所需信息的更多说明，请前往章节的第一页。您会在每个章节的开头找到主题的详细清单。

第 1 章 会员入门指南4

解释加入联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 处方药物计划的意义, 以及如何使用本手册。说明我们将寄送给您的资料、您的计划保费、D 部分延迟投保罚款、您的计划会员卡, 以及确保会员记录是最新的。

第 2 章 重要电话号码与资源22

告诉您如何联系我们的计划 (安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 和其他组织, 包含联邦医疗保险(Medicare, 即红蓝卡)、州健康保险协助计划 (SHIP)、质量改善组织、社会安全局、医疗补助计划 (Medicaid, 即白卡) (低收入者的州健康保险计划)、协助支付处方药物的计划和铁路退休委员会。

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容41

说明您取得 D 部分药物时必须遵守的规则。说明如何使用计划的 *承保药物清单 (药物名册)* 以了解哪些药物获得承保。说明哪些种类的药物不承保。说明适用于特定药物承保内容的多种限制。说明到何处为处方药配药。说明计划中适用于药物安全以及管理药物的方案。

第 4 章 您为 D 部分处方药物支付的费用65

说明药物承保的四个阶段 (自付额阶段、初始承保期、非承保阶段、巨灾承保阶段), 以及这些阶段如何影响您为药物支付的费用。说明您的 D 部分药物的 5 个分摊费用分级, 以及说明您在各个分摊费用分级中必须为药物支付的费用。

第 5 章 要求我们支付我们的承保药物分摊费用84

解释当您要求我们分摊支付您的承保药物时, 您寄送帐单给我们的时机和方法。

第 6 章 您的权利与责任90

说明您身为我们计划会员的权利与责任。说明您认为您的权利未获重视时该怎么做。

**第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办
(承保裁定、上诉、投诉)100**

向您逐步说明若您身为计划会员有疑问或疑虑时该怎么做。

- 解释在您无法获得您认为由计划承保的处方药物时，如何请求承保裁定和提出上诉。这包括要求我们对承保规则和/或额外限制作出例外处理。
- 说明如何提出有关医疗质量、等候时间、客户服务和其他疑虑等投诉。

第 8 章 结束您在计划中的会籍126

说明终止计划中会籍的时间与方法。说明我们的计划在何种情况下必须终止您的会籍。

第 9 章 法律声明137

包括适用的法律及有关无差别待遇的声明。

第 10 章 重要术语的定义140

说明本手册中使用的关键字词。

第 1 章

会员入门指南

第 1 章 会员入门指南

第 1 章 会员入门指南

第 1 节	简介	6
第 1.1 节	您投保了安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx)，这是一个联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡) 处方药物计划	6
第 1.2 节	承保证明手册的内容是关于什么？	6
第 1.3 节	有关承保证明的法律信息	6
第 2 节	如何符合计划会员的资格？	7
第 2.1 节	您的资格要求	7
第 2.2 节	何谓联邦医疗保险 A 部分和联邦医疗保险 B 部分部分？	7
第 2.3 节	以下是安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 的计划服务区域	8
第 2.4 节	美国公民或合法居留	8
第 3 节	您会从我们这边收到其他哪些资料？	8
第 3.1 节	您的计划会员卡 – 可用来获得所有承保的处方药物	8
第 3.2 节	药房目录：前往我们网络内药房的指南	9
第 3.3 节	计划的承保药物清单（药物名册）	10
第 3.4 节	D 部分福利说明（简称“D 部分 EOB”）：含有您 D 部分处方药物之付款一览表的报告	10
第 4 节	您的安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 每月保费	10
第 4.1 节	您的计划保费是多少？	10
第 5 节	您必须支付 D 部分“延迟投保罚款”吗？	11
第 5.1 节	何谓 D 部分“延迟投保罚款”？	11
第 5.2 节	D 部分延迟投保罚款是多少？	12
第 5.3 节	在某些情况下，您可以延迟投保且不需要支付罚款	13
第 5.4 节	若您不同意 D 部分延迟投保罚款，该怎么做？	13
第 6 节	您是否需要根据收入而支付额外的 D 部分金额？	14
第 6.1 节	谁应根据收入而支付额外的 D 部分金额？	14
第 6.2 节	D 部分额外金额是多少？	14
第 6.3 节	若您不同意支付 D 部分额外费用，该怎么做？	14

第 1 章 会员入门指南

第 6.4 节	若您不支付 D 部分额外金额，会发生什么情况？	14
第 7 节	更多有关每月保费的信息	15
	许多会员都必须支付其他联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）保费	15
第 7.1 节	您可通过多种方式支付计划保费	15
第 7.2 节	我们可以在年度当中变更您的每月保费吗？	17
第 8 节	请确保您的计划会籍记录是最新的	18
第 8.1 节	如何确保我们拥有您的最新相关资料	18
	医疗服务提供方如果有以下变更，请通知我们：	18
	请阅读我们寄送给您关于任何您拥有的其他保险承保的信息	18
第 9 节	我们会保护您个人健康信息的隐私权	19
第 9.1 节	我们会确保您的健康信息受到保护	19
第 10 节	其他保险如何与我们的计划搭配	19
第 10.1 节	您有其他保险时，哪个计划会先支付？	19

第 1 章 会员入门指南

第 1 节 简介

第 1.1 节 您投保了安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx)，这是一个联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡) 处方药物计划

您拥有原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的健康承保，并且已选择通过我们的计划——安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx)——取得您的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物承保。

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）有多种不同类型。安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 是一个联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡)处方药物计划 (PDP)。和所有的联邦医疗保险计划（Medicare，即红蓝卡）一样，这个联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划是由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）批准并由一家私人公司运营。

第 1.2 节 承保证明手册的内容是关于什么？

本承保证明手册向您说明如何通过我们的计划取得联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡)承保的处方药物。本手册说明您的权利与责任、承保内容，以及您成为计划会员需支付的费用。

“承保”和“承保药物”是指您身为安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 会员所能获得的处方药物承保范围。

请务必了解计划的规则为何，以及您可以使用哪些承保范围。我们鼓励您拨出一些时间浏览本承保证明手册。

若您有疑惑或疑虑，或只是有疑问，请联系我们计划的客户服务部（电话号码印于本手册的封底）。

第 1.3 节 有关承保证明的法律信息

这是我们和您签署的部分合约

这份承保证明属于我们与您就安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 如何承保您的护理而签订的合同。本合约的其他部分包括您的投保表格、承保药物清单（药物名册），

第 1 章 会员入门指南

以及您从我们收到有关您承保内容或会影响承保内容之条件变更的任何通知。这些通知有时候称为“附加保险计划”或“修正”。

合约有效期间为您在 2021 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日之间投保我们的安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 的月份。

每个历年，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）都允许我们变更所提供的计划。这意味着我们可以在 2021 年 12 月 31 日之后变更安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 的费用与福利。我们也可以在 2021 年 12 月 31 日之后选择停止提供计划，或是在不同服务区域提供计划。

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）每年都必须审批我们的计划

联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡)（联邦医疗保险和医疗补助服务中心）必须每年审批安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx)。只要我们选择继续提供计划，且联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡) 更新计划的许可，您就可以继续以我们计划会员的身份获得联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡) 承保。

第 2 节 如何符合计划会员的资格？

第 2.1 节 您的资格要求

只要符合以下条件，您就符合计划会籍的资格：

- 您同时拥有联邦医疗保险 A 部分或联邦医疗保险 B 部分（或者您同时拥有联邦医疗保险 A 部分或联邦医疗保险 B 部分）（第 2.2 节将为您说明联邦医疗保险 A 部分和联邦医疗保险 B 部分）
- ——以及——您是美国公民或合法居住美国
- ——以及——您居住在我们的服务地理区域内（下方的第 2.3 节将说明我们的服务区域）

第 2.2 节 何谓联邦医疗保险 A 部分和联邦医疗保险 B 部分部分？

正如上文第 1.1 节所讨论的，您已经选择通过我们的计划获得处方药物承保（有时被称为联邦医疗保险 D 部分）。我们的计划与联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡) 签订了合同，为您提供大部分的联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡) 福利。我们将在第 3 章中描述您在联邦医疗保险 D 部分的承保范围下获得的药物承保。

第 1 章 会员入门指南

您初次投保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），已收到有关联邦医疗保险 A 部分和联邦医疗保险 B 部分所承保之服务的信息。请记住：

- 联邦医疗保险 A 部分一般有助于承保医院（住院服务项目、专业护理院或家健机构）提供的承保服务范围。
- 联邦医疗保险 B 部分是针对多数其他医疗服务（例如医生的服务、家庭输注治疗和其他门诊服务）及特定物品（例如耐用医疗设备 (DME) 和用品）。

第 2.3 节 以下是安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 的计划服务区域

虽然联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡)是联邦方案，但安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 仅提供给居住在我们计划服务地区的人士。为了继续成为我们计划的会员，您必须继续居住在计划服务地区。服务地区如下所述。

我们的服务区域包括以下州：纽约州

若您计划搬离服务地区，请联系客户服务部（电话号码印于本手册封底）。若您搬家，您将拥有特殊投保期，可让投保新地点提供的联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡) 健康或药物计划。

若您搬家或变更邮寄地址，也请务必致电社会安全局。您可以在第 2 章第 5 节找到社会安全局的电话号码与联系信息。

第 2.4 节 美国公民或合法居留

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划的会员必须是美国公民或于美国合法居留。若在此基准下，您不符合继续拥有会员的资格，则联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡)（联邦医疗保险和医疗补助服务中心）将通知安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx)。如果您未符合此要求，安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 必须将您退保。

第 3 节 您会从我们这边收到其他哪些资料？

第 3.1 节 您的计划会员卡 – 可用来获得所有承保的处方药物

只要您是本计划的会员时，您在网络药房取得处方药物时，就必须使用会员卡。您也必须在适用时向医疗服务提供方出示您的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）卡。以下是会员卡示例，为您介绍您的会员卡外观：

第 1 章 会员入门指南



请始终随身携带您的会员卡，并记住当您购买药物时出示您的会员卡。若您的计划会员卡损坏、遗失或遭窃，请立即致电客户服务部，我们会寄新的会员卡给您。（客户服务部的电话号码印于本手册的封底。）

您可能需要使用您的红、白、蓝三种颜色的联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡)卡来获得原始联邦医疗保险 (Medicare，即红蓝卡)下的医疗护理和服务。

第 3.2 节 药房目录：前往我们网络内药房的指南

什么是“网络内药房”？

网络内药房是指同意为我们计划会员的承保处方药配药的所有药房。

您为何需要了解网络药房？

2021 年，我们的网络变化比以往更大。更新后的药房目录位于我们的网站 emblemhealth.com/medicare 上。您也可以致电客户服务部门，了解最新的医疗服务提供方 / 医护人员信息，或要求我们向您发送药房目录。**我们强烈建议您查看我们的最新药房目录，看看您的药房是否还在我们的网络中。**这一点很重要，因为除了少数例外情况，如果您想让我们的计划承保（帮助您支付）这些药物，则您必须在网络药房购买这些药物。

药房目录也会告诉您我们网络中哪些药房拥有首选分摊费用，这可能低于其他网络内药房对某些药物的标准分摊费用。

若您没有药房目录的副本，您可以向客户服务部索取一份（电话号码印于本手册的封底）。您可以随时致电客户服务部索取有关药房网络变更的最新信息。您也可以访问我们的网站 emblemhealth.com/medicare 以取得这些信息。

第 1 章 会员入门指南

第 3.3 节 计划的承保药物清单（药物名册）

计划有 *承保药物清单（药物名册）*。我们将它简称为“药物清单”，它会介绍哪些 D 部分处方药物由安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 承保。本清单中的药物，是由本计划在医生与药剂师团队协助下所选出。清单必须符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）所设定的要求。联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）已批准安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 的药物清单。

药物清单也会说明是否有任何限制药物承保内容的规则。

我们将为您提供一份药物清单副本。若要取得有关哪些药物获得承保的最完整和最新信息，您可以浏览计划的网站 (emblemhealth.com/medicare) 或致电客户服务部（电话号码印于本手册的封底）。

第 3.4 节 D 部分福利说明（简称“D 部分 EOB”）：含有您 D 部分处方药物之付款一览表的报告

您使用 D 部分处方药物福利时，我们会将一份一览表报告寄给您，以帮助您了解和留意您的 D 部分处方药物付款。本一览表报告称为 *D 部分福利说明*（或称为“D 部分 EOB”）。

D 部分福利说明 为您说明您或其他代表您的人士已在 D 部分处方药物花费的总金额，以及我们在该月间为您的每个 D 部分处方药物支付的总金额。D 部分 EOB 部分提供了关于您服用的药物的更多信息，比如价格上涨和其他可用的分摊费用更低的药物。您应该咨询您的处方医生这些费用更低的选项。第 4 章（*您为 D 部分处方药物支付的费用*）提供更多有关 *D 部分福利说明* 的信息，以及该说明如何协助您留意药物承保内容。

您也可以索取 *D 部分福利说明* 一览表。若要取得副本，请联系客户服务部（电话号码印于本手册封底）。

第 4 节 您的安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 每月保费

第 4.1 节 您的计划保费是多少？

作为我们计划的会员，您要支付每月保费。在 2021 年，安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 的每月保费是 **\$49.30**。此外，您必须继续支付联邦医疗保险 B 部分保费（除非您的 B 部分保费是由医疗补助计划（Medicaid，即白卡）或其他第三方为您支付）。

第 1 章 会员入门指南

在某些情况下，您的计划保费可能会更低

我们设有方案，帮助资源有限的人士支付药物费用。这包括“额外补助”与州药物援助计划。第 2 章第 7 节将说明更多有关这些方案的信息。若您符合资格，则投保加入方案可能会降低您的每月保费。

若您 *已经投保* 加入且从其中一个方案获得协助，则本承保证明中的保费相关信息可能不适用于您。我们寄送给您的单独插页，名称是“适用于获得额外补助支付处方药物费用之人士的承保证明附加保险计划”（亦称为“低收入补贴附加保险计划”或“LIS 附加保险计划”），为您说明您的药物承保内容。若您没有此插页，请致电客户服务部并索取“LIS 附加保险计划”。（客户服务部的电话号码印于本手册的封底。）

在某些情况下，您的计划保费可能会较高

在某些情况下，您的计划保费可能会高于上面第 4.1 节所列出的金额。有些会员必须支付 D 部分延迟投保罚款，因为他们在首次符合资格时并未加入联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡) 药物计划，或是因为他们有连续 63 天或更久的时间没有“可计入”的处方药物承保。（“可计入”是指药物承保平均应支付至少与联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡)标准处方药物承保相同的金额。）对于这些会员，D 部分延迟投保罚款会加到计划的每月保费中。他们的保费金额将是每月保费加上 D 部分延迟投保罚款的金额。

- 若您必须支付 D 部分延迟投保罚款，延迟投保罚款的费用即取决于您有多久没有 D 部分或其他可计入的处方药物承保。第 1 章第 5 节说明了 D 部分延迟投保罚款。
- 若您有 D 部分延迟投保罚款，且并未支付，我们可能会将您从计划退保。

一些会员可能被要求支付额外的费用，称为 D 部分根据收入而调整的月费 (IRMAA)，因为 2 年前，他们在美国国税局的纳税申报单上有一个高于一定金额的调整后的总收入。受 IRMAA 约束的会员必须支付标准保费和这笔额外费用，并且这笔费用将被加到他们的保费中。第 1 章第 6 节将更详细地解释 IRMAA。

第 5 节 您必须支付 D 部分“延迟投保罚款”吗？

第 5.1 节 何谓 D 部分“延迟投保罚款”？

注意：若您获得联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的“额外补助”支付您的处方药物，就不需要支付延迟投保罚款。

第 1 章 会员入门指南

延迟投保罚款是指加到 D 部分保费的金额。若您在初始投保期结束后的任何时间，有连续 63 天或更久的时间没有 D 部分或其他可计入的处方药物承保，您就可能会积欠 D 部分延迟投保罚款。“可计入的处方药物承保”是指符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）最低标准的承保内容，因为这是预计用来支付平均至少与联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）标准处方药物承保相同的金额。延迟投保罚款的费用取决于您有多久没有 D 部分或其他可计入的处方药物承保。只要您有 D 部分承保，就必须支付此罚款。

D 部分延迟投保罚款会并入您的每月保费收取。（选择每三个月支付保费之会员的罚款将并入三个月保费中收取。）当您首次投保安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 时，我们会告诉您罚款的金额。

您的 D 部分延迟投保罚款视为计划保费的一部分。若您未支付 D 部分延迟投保罚款，就可能会因为未支付计划保费而被退保。

第 5.2 节 D 部分延迟投保罚款是多少？

罚款金额由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）决定。以下是处理方式：

- 首先计算您在符合投保资格后，在联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）药物计划中延迟投保的完整月数。若承保中断超过 63 天或更久，也可以计算您没有可记入之处方药物承保的完整月数。您没有可计入承保的每个月罚款是 1%。例如，若您有 14 个月没有承保，则罚款将是 14%。
- 接着，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）将裁定前一年全国联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）药物计划的平均每月保费金额。2021 年的平均保费金额是 \$33.06。
- 若要计算您的每月罚款，请将罚款百分比与平均每月保费相乘，然后四舍五入为最接近的 10 美分。在此示例中，罚款即是 \$33.06 的 14%，等于 \$4.6284。四舍五入为 \$4.60。此金额会加到有 D 部分延迟投保罚款者的每月保费中。

关于这个每月 D 部分延迟投保罚款，有三个重要的注意事项：

- 首先，**罚款可能会每年变更**，因为平均每月保费可能会每年变化。若全美平均保费增加（由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）裁定），您的罚款就会增加。
- 其次，只要您投保具备联邦医疗保险 D 部分药物保险福利的计划，就必须每月**继续支付罚款**，即使您变更计划。
- 第三，若您**未满 65 岁**且目前正在接受联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）保险福利，D 部分延迟投保罚款将在您年满 65 岁时重设。65 岁以后，您的 D 部分延迟

第 1 章 会员入门指南

投保罚款只会依据您在参加联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）初始投保期之后没有承保的月数而定。

第 5.3 节 在某些情况下，您可以延迟投保且不需要支付罚款

即使您在第一次符合资格时，已延迟投保提供联邦医疗保险 D 部分承保的计划，有时候您并不需要支付 D 部分延迟投保罚款。

若您符合以下任一情况，就不需要支付延迟投保的罚款：

- 若您已经有预计用来支付平均至少与联邦医疗保险（即红蓝卡）标准处方药物承保相同的处方药物承保。联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）将此称之为“可计入的药物承保”。请注意：
 - 可计入的承保可能包括前雇主或公会、美军卫生保健计划或退伍军人事务部的药物承保。您的保险公司或人力资源部门每年都会告诉您，您的药物承保是否为可计入的承保。此信息可能会通过信件或附在计划通讯中寄送给您。请保存此信息，因为若您之后加入联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）药物计划，就可能需要此信息。
 - 请注意：若您在医疗保险结束时收到“可计入承保证明”，不一定代表您的处方药物承保可计入。该通知必须说明您有“可计入”的处方药物承保，且预计支付与联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）标准处方药物计划相同的金额。
 - 以下并非可计入的处方药物承保：处方药物折扣卡、免费诊所和药物折扣网站。
 - 如需有关可计入承保的其他信息，请参阅 2021 年《联邦医疗保险（即红蓝卡）与您》(Medicare & You) 手册，或致电联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡)，电话是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户请致电 1-877-486-2048。您每周 7 天，每天 24 小时均可免费拨打这些电话。
- 若您没有可计入的承保，但是连续无承保的时间少于 63 天。
- 若您正在接受联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的“额外补助”。

第 5.4 节 若您不同意 D 部分延迟投保罚款，该怎么做？

若您不同意您的 D 部分延迟投保罚款，您或您的代表可以要求审查您的延迟投保罚款裁定。一般来说，您必须在收到说明您必须支付延迟投保罚款之第一封信的 **60 天内** 要求此

第 1 章 会员入门指南

类审查。若您在加入计划之前已支付罚款，您可能没有其他机会可要求审查该笔延迟投保罚款。请致电客户服务部以深入了解如何要求审查（电话号码印于本手册的封底）。

重要须知：您在等待审查有关延迟投保罚款的裁定时，请不要停止支付 D 部分延迟投保罚款。若您停止支付，就可能会因为未支付计划保费而遭到退保。

第 6 节 您是否需要根据收入而支付额外的 D 部分金额？

第 6.1 节 谁应根据收入而支付额外的 D 部分金额？

如果您在 2 年前的 IRS 纳税申报单上报告的调整后的总收入超过一定数额，您将支付标准保费金额和根据收入而调整的月费 (IRMAA)。IRMAA 是附加在保费上的额外费用。

若您必须支付额外的金额，社会安全局（而非您的联邦医疗保险计划（Medicare，即红蓝卡））将寄送一封信给您，告知您额外金额为多少，以及如何支付。无论您通常是以何种方式支付计划保费，额外金额都将从您的社会安全局、铁路退休委员会 (RRB) 或个人管理办公室保险福利支票中扣除，除非您的每月福利不足以支付应缴的额外金额。若您的保险福利支票不足以支付额外金额，就会收到联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的帐单。您必须向政府支付额外金额，不能以每月保费支付。

第 6.2 节 D 部分额外金额是多少？

若您在 IRS 税务申报表中报告的修改调整后总收入 (MAGI) 超过特定金额，则除了每月保费以外，您还必须支付额外金额。如需有关您可能必须根据收入支付的额外金额详细信息，请浏览www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html。

第 6.3 节 若您不同意支付 D 部分额外费用，该怎么做？

若您不同意支付根据收入的额外金额，您可以要求社会安全局审查裁定。若要了解更多有关如何提出审查要求的信息，请联系社会安全局，电话是 1-800-772-1213（听力或语言障碍人士 TTY 专线：1-800-325-0778）。

第 6.4 节 若您不支付 D 部分额外金额，会发生什么情况？

联邦医疗保险 D 部分承保的额外金额是直接向政府支付（而非向联邦医疗保险计划（Medicare，即红蓝卡）支付）。若您依法必须支付额外金额，但是并未支付，就会从计划中退保，并失去处方药物承保。

第 1 章 会员入门指南

第 7 节 更多有关每月保费的信息

许多会员都必须支付其他联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）保费

除了支付每月保费以外，许多会员都必须支付其他联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）保费。一些计划会员（即那些没有资格享受免保费 A 部分的人）为联邦医疗保险 A 部分支付保险费。大多数计划会员要为联邦医疗保险 B 部分支付保费。

如果您在 2 年前的 IRS 纳税申报单上报告的调整后的总收入超过一定数额，您将支付标准保费金额和根据收入而调整的月费 (IRMAA)。IRMAA 是附加在保费上的额外费用。

- 若您必须支付额外金额，但是并未支付，就会从计划中退保，并失去处方药物承保。
- 若您必须支付额外的金额，社会安全局（而非您的联邦医疗保险计划（Medicare，即红蓝卡））将寄送一封信给您，告知您额外金额为多少。
- 如需更多有关依据收入的 D 部分保费信息，请前往本手册的第 1 章第 6 节。您也可以在网上浏览 www.medicare.gov 或每周 7 天，每天 24 小时致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 1-877-486-2048。您也可以致电社会安全局，电话是 1-800-772-1213。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 1-800-325-0778。

您的 2021 年《联邦医疗保险（即红蓝卡）与您》(Medicare & You) 副本中，在名为“2021 年 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）费用”一节提供有关联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）保费的信息。此节说明联邦医疗保险 B 部分和 D 部分保费在不同收入之人士之间有何不同。所有拥有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的人士会在每年秋季收到一份《联邦医疗保险（即红蓝卡）与您》(Medicare & You)。新加入联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）者会在首次投保后的一个月内收到。您也可以从联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）网站 (www.medicare.gov) 下载《联邦医疗保险（即红蓝卡）与您》(Medicare & You) 2021)。或者，您可以通过电话索取打印本，电话是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服务时间是每周 7 天，每天 24 小时。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户，请致电 1-877-486-2048。

第 7.1 节 您可通过多种方式支付计划保费

您有五种方式可支付计划保费。联系客户服务部（号码在手册背面）更改您的保费付款方式。若您没有做出选择，您就会收到每月帐单。

第 1 章 会员入门指南

若您决定变更支付保费的方式，最多可能需要三个月才能让您的新付款方式生效。我们处理您的新付款方式要求时，您必须负责确保准时支付计划保费。

选项 1：您可以使用支票支付

在您的计划保费到期当月之前，您将从我们这约两周前收到月帐单。使用支票支付的计划保费将于每个月的第一天到期。例如，您会在 2 月收到每月帐单。我们必须在 3 月 1 日前收到您的支票。

支票应该支付给**安保健康保险**，而不是联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）服务中心 (CMS)。您可以安排每月、每季或每年收到帐单。

EmblemHealth

P.O. Box 21613

New York, NY 10087-1613

选项 2：网上付款

您可以使用安保健康保险的安全在线付款系统来支付计划保费。若要这么做，请在 **emblemhealth.com/medicare** 登入您的安保健康保险帐户，并选择“Pay My Bill”（支付我的帐单）。系统会将您转至我们合作银行的付款系统，您可以在该处自行运用电子支票、Visa、MasterCard 或借记卡等选项，进行一次性或重复付款。线上功能每周 7 天，每天 24 小时提供。请注意，我们的计划禁止为使用网上支付计划保费的会员提供折扣。

选项 3：安保健康保险安全且自动化的电话答录系统

您可以通过电话使用安保健康保险安全且自动化的电话答录系统或安保健康保险录音应答 (EIVR) 来支付计划保费。联系客户服务部（电话号码印于本手册封底），您将听到提示，以检查您的帐户余额，并支付。您会转至我们合作银行的安全付款系统，而且可以使用您的支票或存款帐户、VISA 或 MasterCard 来进行付款。这些交易不需手续费。EIVR 付款选项服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。

选项 4：您可以在安保社区关怀中心支付

您可以在安保社区关怀中心支付每月保费，并且我们的员工将通过电话或邮件帮助您完成在线支付。付款可以使用 Visa、MasterCard、Discover Card、一张收款人是安保健康保险支票或您的银行账户信息。访问 **emblemhealth.com/medicare** 了解营业时间和地址。

重要须知：安保社区关怀中心不接受现金。

第 1 章 会员入门指南

选项 5：您可以选择每月从您的社会安全局支票中扣除计划保费

您可以选择每月从您的社会安全局支票中扣除计划保费。请联系客户服务部，以了解更多有关如何以此方式支付每月保费的信息。我们很乐意协助您设定此方式。（客户服务部的电话号码印于本手册的封底。）

无法支付计划保费时，该怎么做

您的计划保费必须在每个月的第一天送达我们的办公室。如果我们在每月第一天之前没有收到您的保费，我们将向您发出通知，如果我们没有在 90 天内收到您的保费，您的计划会员资格将终止。

若您无法按时支付保费，请联系客户服务部，看看我们是否能将您转至能够协助您支付计划保费的方案。（客户服务部的电话号码印于本手册的封底。）

若我们因为您未支付保费而终止您的会籍，您将拥有原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的医疗保险。

若我们因为您未支付保费而终止您的会籍，并且您目前没有处方药物承保，那么若您在年度投保期间投保加入新的计划，在下一年之前将无法获得 D 部分承保。在联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的年度开放投保期，您可以加入独立的处方药物计划或是也提供药物承保的健保计划。（如果您有超过 63 天没有“可计入”的药物承保，则只要您有 D 部分承保，就可能必须支付 D 部分延迟投保罚款。）

我们终止您的会籍时，您可能仍然必须向我们缴清未付的保费。我们有权利追讨您应缴的保费。未来，如果您想要再次投保我们的计划（或我们提供的其他计划），您就必须在投保之前支付应缴的欠款。

如果您认为我们错误地终止您的会籍，您有权利提出投诉，要求我们重新考虑此裁定。本手册的第 7 章第 7 节说明如何提出投诉。如果您遇到无法控制且导致您无法在宽限期内支付保费的紧急状况，则可以致电 **1-877-444-7241**（服务时间为每周 7 天，8:00 am 至 8:00 pm）要求我们复议此裁定。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 **711**。您必须在会籍结束后 60 天内提出此要求。

第 7.2 节 我们可以在年度当中变更您的每月保费吗？

不可以。我们不得在年度当中变更对计划每月保费所收取的费用。如果次年的每月保费有所变更，我们会在 9 月通知您，而且该变更将在 1 月 1 日生效。

第 1 章 会员入门指南

但是，在某些情况下，您必须支付的保费部分可能会在年度当中变更。如果您在年度当中符合“额外补助”方案的资格，或是您失去“额外补助”方案的资格，就会发生这种情况。如果会员符合处方药物费用的“额外补助”资格，“额外补助”方案将会支付会员部分的每月保费。在年度当中失去资格的会员，将必须开始支付每月全额保费。您可以在第 2 章第 7 节了解更多有关“额外补助”方案的信息。

第 8 节 请确保您的计划会籍记录是最新的

第 8.1 节 如何确保我们拥有您的最新相关资料

您的会籍记录含有来自您投保表格的资料，包括您的地址和电话号码。它显示了您的具体计划承保。

计划网络中的药剂师必须拥有您的正确资料。**这些网络医疗服务提供方会使用您的会籍记录来了解承保的药物有哪些，以及您的分摊费用金额。**因此，您务必帮助我们将资料内容保持为最新。

医疗服务提供方如果有以下变更，请通知我们：

- 您的姓名、地址或电话号码变更
- 您拥有的任何其他医疗或药物保险承保（例如您的雇主、配偶的雇主、工伤赔偿或医疗补助计划（Medicaid，即白卡））变更
- 如果您有任何责任险理赔，例如汽车意外理赔
- 如果您入住疗养院
- 如果您指定的责任方（例如家庭看护者）有所变更

如果以上任一资料有所变更，请致电客户服务部告诉我们（电话号码印于本手册的封底）。

如果您搬家或变更邮寄地址，也请务必联系社会安全局。您可以在第 2 章第 5 节找到社会安全局的电话号码与联系信息。

请阅读我们寄送给您关于任何您拥有的其他保险承保的信息

这是因为我们必须将您拥有的任何其他承保内容与我们计划的福利进行协调。（如需深入了解您有其他保险时，我们的承保内容会如何运作，请查看本章第 10 节。）

第 1 章 会员入门指南

我们会每年寄送一次信件给您，其中列出我们已知的任何其他医疗或药物保险承保。请仔细阅读此信息。如果内容正确，您无需采取任何行动。如果信息不正确，或是您有其他未列出的承保内容，请致电客户服务部（电话号码印于本手册的封底）。

第 9 节 我们会保护您个人健康信息的隐私权

第 9.1 节 我们会确保您的健康信息受到保护

联邦与州法令会保护您的医疗记录及个人健康信息的隐私权。我们会依照这些法律规定保护您的个人健康信息。

如需深入了解我们如何保护您的个人健康信息，请参阅本手册的第 6 章第 1.3 节。

第 10 节 其他保险如何与我们的计划搭配

第 10.1 节 您有其他保险时，哪个计划会先支付？

您有其他保险时（例如雇主团体医疗承保），联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）制定了一些规则来裁定要由我们的计划或您的其他保险先支付。首先支付的保险称为“主要付款人”，支付的金额最高至承保限额。次要支付者称为“次要付款人”，只会支付主要承保未承保的剩余费用。次要付款人可能不会支付所有未承保的费用。

以下规则适用于雇主或工会团体健保计划承保：

- 如果您有退休人员承保，将由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）优先支付。
- 如果您的团体健保计划承保是以您或家人目前的工作为依据，则首先支付者取决于您的年龄、您雇主雇用的人数，以及您是否因为年龄、残疾或晚期肾病 (ESRD) 而拥有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）：
 - 如果您未满 65 岁、有残疾，且您或您的家人仍然在工作，而该雇主有 100 位或以上员工，或是多个雇主健保计划中至少有一位雇主有 100 位或以上员工时，您的团体健保计划就会首先支付。
 - 如果您年满 65 岁，且您或是您的配偶仍然在工作，而该雇主有 20 位或以上员工，或是多个雇主健保计划中至少有一位雇主有 20 位或以上员工时，您的团体健保计划就会首先支付。

第 1 章 会员入门指南

- 如果您因为晚期肾病而拥有联邦医疗保险（**Medicare**，即红蓝卡），则您的团体健保计划会先支付您符合联邦医疗保险（**Medicare**，即红蓝卡）资格之后，头 30 个月的费用。

以下类型的承保内容通常会首先为各类型的服务支付费用：

- 无过失保险（包括汽车险）
- 责任险（包括汽车保险）
- 尘肺症福利
- 工伤赔偿

对于联邦医疗保险（**Medicare**，即红蓝卡）的承保服务范围服务，医疗补助计划（**Medicaid**，即白卡）和美军卫生保健计划绝对不会首先支付其费用。只会在联邦医疗保险（**Medicare**，即红蓝卡）、雇主团体健保计划和/或联邦医疗保险补充保险之后支付。

如果您有其他保险，请告诉您的医生、医院和药房。关于哪一方首先支付您若有疑问，或是您需要更新其他保险信息，请致电客户服务部（电话号码印于本手册的封底）。您可能需要将计划会员身份号提供给您的其他保险公司（一旦您确认其身份之后），以便您的帐单能够正确且准时支付。

第 2 章

重要电话号码与资源

第 2 章 重要电话号码与资源

第 2 章 重要电话号码与资源

第 1 节	安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 联系方式（如何联系我们，包括如何联系计划的客户服务部门）	23
第 2 节	联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡)（如何直接从联邦医疗保险 (Medicare，即红蓝卡) 方案取得协助和信息）	27
第 3 节	州健康保险协助方案（免费协助、提供信息和回答您有关联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的问题）	29
第 4 节	质量促进组织（由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）支付，以监督拥有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）之人士的医疗质量）	30
第 5 节	社会安全局	31
第 6 节	医疗补助计划（Medicaid，即白卡）（联邦和州政府联合方案，可协助支付部分收入及资源有限之人士的医疗费用）	32
第 7 节	可协助支付处方药物费用之方案的相关信息	33
第 8 节	如何联系铁路职工退休委员会	38
第 9 节	您有“团体保险”或雇主提供的其他健康保险吗？	39

第 2 章 重要电话号码与资源

第 1 节 安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 联系方式 (如何联系我们, 包括如何联系计划的客户服务部门)

如何联系我们计划的客户服务部

关于理赔、开具帐单或会员卡问题, 请致电或致函安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 客户服务部。我们很乐意协助您。

方式	客户服务部 – 联系信息
致电	1-877-444-7241 此电话号码为免费。 服务时间为每周 7 天, 每天 8:00 am 至 8:00 pm。 客户服务还可为非英语人士提供免费语言翻译服务。
听力或语言障碍人士 TTY 专线	711 (纽约州转接服务) 此号码需要特殊的电话设备, 而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。 此电话号码为免费。 服务时间为每周 7 天, 每天 8:00 am 至 8:00 pm。
传真	1-212-510-5373
写信	EmblemHealth Pharmacy Services PO Box 1520 JAF Station New York, NY 10116-1520
网站	emblemhealth.com/medicare

第 2 章 重要电话号码与资源

您要求有关 D 部分处方药物的承保裁定时，该如何联系我们

承保裁定是指我们对于您的福利和承保内容，或对于我们将依照您计划中包括的 D 部分福利而为受承保的处方药物支付的金额等，所做出的相关裁定。如需更多有关要求 D 部分处方药物相关承保裁定的信息，请参阅第 7 章（*如果您有问题或投诉意见，该怎么办（承保裁定、上诉、投诉）*）。

如果您有关于承保裁定流程的问题，请致电给我们。

方式	D 部分处方药物的承保裁定 – 联系信息
致电	1-877-920-1470 此电话号码为免费。通话服务时间为每周 7 天，每天 24 小时
听力或语言障碍人士 TTY 专线	1-800-716-3231 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。 此电话号码为免费。 通话服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。
传真	1-877-251-5896
写信	Express Scripts Attn: Medicare Reviews P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
网站	www.express-scripts.com

第 2 章 重要电话号码与资源

您想提出有关 D 部分处方药物的上诉时，该如何联系我们

上诉是通过正式渠道要求我们审查并改变所做的承保裁定。如需更多有关提出 D 部分处方药物之上诉的信息，请参阅第 7 章（如果您有问题或投诉意见，该怎么办（承保裁定、上诉、投诉））。

方式	D 部分处方药物的上诉 – 联系信息
致电	1-877-444-7241 此电话号码为免费。周一至周五， 8:00 am 至 6:00 pm。 加速上诉：1-888-447-6855
听力或语言障碍人士 TTY 专线	711 （纽约州转接服务） 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。 此电话号码为免费。 服务时间：每周 7 天，8:00 am 至 8:00 pm
传真	1-212-510-5320 加速上诉：1-866-350-2168
写信	EmblemHealth Medicare PDP Attn: Grievance & Appeals P.O. Box 2807 New York, NY 10116-2807
网站	emblemhealth.com/medicare

您想提出有关 D 部分处方药物的投诉时，该如何联系我们

您可以提出有关我们或网络药房的投诉，包括有关医疗护理质量的投诉。此类型的投诉与承保内容或付款争议无关。（如果您的问题是关于计划的承保内容或付款，请参阅上方有关提出上诉一节。）如需更多有关提出 D 部分处方药物相关投诉的信息，请参阅第 7 章（如果您有问题或投诉意见，该怎么办（承保裁定、上诉、投诉））。

第 2 章 重要电话号码与资源

方式	D 部分处方药物的投诉 – 联系信息
致电	1-877-444-7241 此电话号码为免费。 服务时间：每周 7 天，8:00 am 至 8:00 pm
听力或语言障碍人士 TTY 专线	711 （纽约州转接服务） 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。 此电话号码为免费。 服务时间：每周 7 天，8:00 am 至 8:00 pm
传真	1-212-510-5320
写信	EmblemHealth Medicare PDP Attn: Grievance & Appeals P.O. Box 2807 New York, NY 10116-2807
联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）网站	您可以将有关安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 的投诉直接提交给联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）。若要向联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）提交在线投诉，请前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

何处可向我们申请支付您获得药物分摊之费用

承保裁决流程包括确定是否要求您支付我们为您所收到的药物支付的费用。如需更多有关您可能需要向计划报销，或要求我们支付您从医疗服务提供方收到之帐单的费用等信息，请参阅第 5 章（*要求我们支付承保药物费用中的分摊费用*）。

请注意：如果您将付款申请寄给我们，但我们拒绝您申请的任何部分，您可以对该裁定提出上诉。请见第 7 章（*如果您有问题或投诉意见，该怎么办（承保裁定、上诉、投诉）*）以了解更多信息。

第 2 章 重要电话号码与资源

方式	付款请求 – 联系信息
写信	Express Scripts ATTN: Medicare Part D P.O. Box 14718 Lexington, KY 40512-4718
网站	www.express-scripts.com

第 2 节 联邦医疗保险(Medicare, 即红蓝卡) (如何直接从联邦医疗保险(Medicare, 即红蓝卡) 方案取得协助和信息)

联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 是联邦健康保险方案, 适用于年满 65 岁人士、某些残疾的未满 65 岁人士, 以及患有晚期肾病 (需要透析或肾脏移植之永久肾衰竭) 的人士。

负责联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 的联邦代理为联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 和医疗补助计划 (Medicaid, 即白卡) 服务中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, 有时候被称为“CMS”)。该机构与联邦医疗保险(Medicare, 即红蓝卡) 处方药物计划签订合同, 包括我们。

方式	联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) – 联系信息
致电	1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227 此电话号码为免费。 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时。
听力或语言 障碍人士 TTY 专线	1-877-486-2048 此号码需要特殊的电话设备, 而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。 此电话号码为免费。

第 2 章 重要电话号码与资源

方式	联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）– 联系信息
网站	www.medicare.gov 这是联邦医疗保险的政府官方网站，可为您提供有关联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和目前联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）议题的最新信息。它也提供有关医院、疗养院、医生、家健机构和透析设施的信息。网站提供手册，可让您直接从电脑打印。您也可以找到您所在的州的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）联系信息。 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）网站也通过以下工具，提供有关您联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）资格及投保选项的详细信息： • 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）资格工具 (Medicare Eligibility Tool): 提供联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）资格状态信息。 • 联邦医疗保险计划（Medicare，即红蓝卡）搜寻器 (Medicare Plan Finder): 提供有关您所在地区可用的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划、联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划和联邦医疗保险补充保险（联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）附加保险）单等个人化信息。这些工具会提供您在不同联邦医疗保险计划（Medicare，即红蓝卡），可能的自付款费用 <i>预估值</i>。

第 2 章 重要电话号码与资源

方式	联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) – 联系信息
网站	您也可以使用网站通知联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 您对安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 的任何投诉: • 向联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 提出您的投诉: 您可以将有关安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 的投诉直接提交给联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡)。若要向联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 提交投诉, 请前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 严正看待您的投诉, 并且会使用此信息来协助改善联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 方案的质量。 • 如果您没有电脑, 您的当地图书馆或长者中心可能可以协助您使用其电脑浏览此网站。或者, 您也可以致电联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡), 并告知他们您要寻找何种信息。他们会在网站上寻找信息, 并在打印之后寄送给您。(您可以致电联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡), 电话是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 服务时间为每周 7 天, 每天 24 小时。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 1-877-486-2048。)

第 3 节 州健康保险协助方案 (免费协助、提供信息和回答您有关联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 的问题)

州健康保险协助方案 (SHIP) 是一项政府方案, 在各州均提供训练有素的顾问。在纽约 (New York) 州, SHIP 称为健康保险信息咨询和援助计划 (HIICAP)。

健康保险信息咨询和援助计划 (HIICAP) 为独立方案 (与任何保险公司或健保计划均无关联)。这是一项由联邦政府提供资金的州方案, 为联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 会员提供免费地方健康保险顾问。

健康保险信息咨询和援助计划 (HIICAP) 顾问可帮助您解决联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 疑问或问题。他们可协助您了解您的联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 权利、协助您针对医疗护理或治疗提出投诉, 以及协助您解决有关联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 帐单的问题。健康保险信息咨询和援助计划 (HIICAP) 顾问也

第 2 章 重要电话号码与资源

可协助您了解您的联邦医疗保险计划（Medicare，即红蓝卡）选择，并回答有关更换计划的问题。

方式	健康保险信息咨询和援助计划 (HIICAP) (New York's SHIP)
致电	1-800-701-0501
听力或语言障碍人士 TTY 专线	711（纽约州转接服务） 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。
写信	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
网站	www.aging.ny.gov

第 4 节 质量促进组织

（由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）支付，以监督拥有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）之人士的医疗质量）

每个州都有指定的质量促进组织，为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）受益人提供服务。纽约州的质量促进组织称为 Livanta。

Livanta 设有一群医生和其他医保专业人员，费用由联邦政府支付。此组织是由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）支付，以监督并协助拥有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）之人士的医疗质量。Livanta 是独立的组织。与我们的计划并无关联。

如果您对于所获得的医疗质量有所投诉，您应该联系 Livanta。例如，如果您服用了错误的药物，或者您服用的药物产生了负面影响，您可以联系 Livanta。

第 2 章 重要电话号码与资源

方式	Livanta（纽约州质量促进组织）- 联系信息
致电	1-866-815-5440 服务时间：周一至周五，9 am 至 5 pm
听力或语言障碍人士 TTY 专线	1-866-868-2289 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。
写信	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
网站	www.livanta.com

第 5 节 社会安全局

社会安全局负责为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）判定资格和处理投保事宜。年满 65 岁的美国公民和合法永久居民，或是患有残疾或晚期肾病且符合特定条件者，即符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的资格。如果您已经在收取社会安全局支票，就会自动投保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）。如果您没有收取社会安全局支票，就必须投保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）。社会安全局会为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处理投保流程。若要申请联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），您可以致电社会安全局或前往您当地的社会安全局办公室。

社会安全局也负责判定哪些人因为较高的收入而必须针对 D 部分药物承保支付额外的金额。如果您收到社会安全局通知您必须支付额外金额的信件，而且对于该金额有疑问，或是因为生活变化而导致您的收入减少，您可以致电社会安全局请求重新考虑。

如果您搬家或变更邮寄地址，也请务必联系社会安全局告知他们。

第 2 章 重要电话号码与资源

方式	社会安全局 – 联系信息
致电	1-800-772-1213 此电话号码为免费。 服务时间为周一至周五，7:00 am 至 7:00 pm。 您可以在一天 24 小时内随时使用社会安全局的自动电话服务来取得记录的信息并执行业务。
听力或语言障碍人士 TTY 专线	1-800-325-0778 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。 此电话号码为免费。 服务时间为东部时间周一至周五，7:00 am 至 7:00 pm。
网站	https://www.ssa.gov/ https://www.ssa.gov/

第 6 节 医疗补助计划（Medicaid，即白卡）

（联邦和州政府联合方案，可协助支付部分收入及资源有限之人士的医疗费用）

医疗补助计划（Medicaid，即白卡）是联邦和州政府联合方案，可协助支付部分收入及资源有限之人士的医疗费用。有些拥有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的人士也会符合医疗补助计划 (Medicaid，即白卡) 的资格。

此外，医疗补助计划（Medicaid，即白卡）也提供一些方案来协助拥有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的人士支付其联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）费用，例如联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）保费。这些“联邦医疗保险储蓄方案”可帮助收入和资源有限的人士每年节省开支：

- **符合资格的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）受益人 (QMB)：** 协助支付联邦医疗保险 A 部分和 B 部分保费，以及其他分摊费用（例如自付额、共同保险金和自付款）。（拥有 QMB 的部分人士也具有医疗补助（Medicaid，即白卡）全额福利 (QMB+) 的资格。）
- **特定低收入联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）受益人 (SLMB)：** 协助支付 B 部分保费。（拥有 SLMB 的部分人士也具有医疗补助（Medicaid，即白卡）全额福利 (SLMB+) 的资格。）

第 2 章 重要电话号码与资源

- 符合资格人士 (QI): 协助支付 B 部分保费。
- 符合资格但仍在工作的残疾人士 (QDWI): 协助支付 A 部分保费。

若要深入了解医疗补助计划 (Medicaid, 即白卡) 及其方案请联系纽约 (New York) 州卫生部。

方式	纽约 (New York) 州卫生部 (纽约医疗补助计划 (Medicaid, 即白卡) 方案) – 联系信息
致电	1-800-541-2831 服务时间为周一至周五, 每天 9:00 am 至 5:00 pm
听力或语言障碍人士 TTY 专线	711 (纽约州转接服务) 此号码需要特殊的电话设备, 而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。
写信	New York State Department of Health Corning Tower Empire State Plaza Albany, NY 12237
网站	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

第 7 节 可协助支付处方药物费用之方案的相关信息

联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 的“额外补助”方案

联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 提供“额外补助”, 为收入及资源有限的人士支付处方药物费用。资源包括您的储蓄和股票, 但不包括您的住家或汽车。如果您符合资格, 您会获得任何联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 药物计划每月保费、每年自付额和处方药自付款或共同保险金等支付协助。此“额外补助”也会计入您的自付款费用。

收入及资源有限的人士可能会符合“额外补助”的资格。有些人会自动符合“额外补助”的资格, 无需申请。联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 会寄送一封信给自动符合“额外补助”的人士。

您可能可以获得“额外补助”以支付您的处方药物保费及费用。若要了解您是否符合获得“额外补助”的资格, 请致电:

第 2 章 重要电话号码与资源

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 1-877-486-2048，服务时间为每周 7 天，一天 24 小时；
- 社会安全局办公室：1-800-772-1213，服务时间为周一至周五，7 am 至 7 pm。听力或语言障碍人士 TTY 专线使用用户者应致电 1-800-325-0778（申请）；或
- 您所在州的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）办公室（申请）。（联系方式见本章第 6 节。）

如果您认为您符合“额外补助”的资格，且认为您在药房取得处方药时所支付的分摊费用金额有误，我们的计划制定了一套流程，可让您申请协助以取得适当自付款等级的证明；如果您已经有证明，则此流程可让您提供该证明给我们。

- 使用本手册封底所列号码致电我们计划的客户服务部，并告诉我们您已备妥证明。您也可以将证明邮寄给我们，地址如下：

EmblemHealth
Attention: Medicare Enrollment
P.O. Box 2859
New York, NY 10117-7894

联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡)可接受的作为证据的文件类型有：

- 您的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）卡复印件，上面有您的名字和在上个日历年 6 月份之后的某个月内的资格日期；
- 一份州文件，确认您在上个日历年 6 月份之后的某个月内的活动医疗补助计划（Medicaid，即白卡）身份；
- 一份来自州电子投保文件的打印件，显示您在上个日历年 6 月份之后的某个月内的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）身份；
- 其他由州提供的文件，显示您在上个日历年 6 月份之后的某个月内的医疗补助计划（Medicaid，即白卡）身份；
- 如果您被认为符合条件，则提供一份提交的申请表，确认您“.....自动有资格获得额外补助.....”；
- 如您不符合申请资格，但提出申请并被认定符合 LIS 资格，则提供一份 SSA 授予信；

第 2 章 重要电话号码与资源

- 如果您正在接受基于家庭和社区服务 (HCBS)，则应提供一份州发布的行动通知、决定通知或投保通知的副本，其中包括您的姓名和 HCBS 资格日期（在上个日历年 6 月份之后的某个月内）；
- 如果您正在获得 HCBS，则提供一笔来自设施的汇款，显示上个日历年 6 月份之后的某个月内的医疗补助计划 (Medicaid，即白卡) 付款情况；
- 如果您正在获得 HCBS，则提供一份州文件，确认在上个日历年 6 月份之后的某个完整日历月内，医疗补助计划 (Medicaid，即白卡) 代表您想设施支付的款项；
- 如果您正在获得 HCBS，则提供一份来自州医疗补助计划 (Medicaid，即白卡) 系统的屏幕打印件，显示在上个日历年 6 月份之后的某个历月内，出于医疗补助计划 (Medicaid，即白卡) 付款目的，您基于至少已整个日历月的住院的机构身份；
- 如果您正在获得 HCBS，则应提供一份经州批准的 HCBS 服务计划，其中应包括您的姓名和生效日期，该生效日期始于上个日历年 6 月份之后的某个月；
- 如果您正在获得 HCBS，则提供一份州签发的 HCBS 事先授权批准函，其中应包括您的姓名和生效日期，该生效日期始于上个日历年 6 月份之后的某个月；
- 如果您正在获得 HCBS，则提供其他由州提供的文件，显示您在上个日历年 6 月份之后的某个月内的 HCBS 资格；
- 如果您正在获得 HCBS，则提供一份由州签发的文件，例如确认 HCBS 付款的汇款通知，包括您的姓名和 HCBS 的日期；

如果您不确定需要什么文件作为证据，请联系我们计划的客户服务部门，有人会告诉您哪些文件是联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡)可接受的证据（电话号码印于本手册封底）。您获得文件之后，客户服务部门可以告诉您通过哪里发送信息给计划，以便在您的记录中更新正确的分摊费用金额。

- 我们收到显示您自付款等级的证明后，就会更新系统，以便您下次到药房取得处方药时支付正确的自付款。如果您支付了过多的自付款，我们会为您报销。我们会将您额外支付金额的支票寄给您，或是在之后的自付款中抵销。如果药房未向您收取自付款，而是将您的自付款视为您应缴的费用，我们就会直接向药房支付该费用。如果是由州政府代替您支付，我们会直接向州政府支付该费用。如果您有疑问，请联系客户服务部（电话号码印于本手册封底）。

第 2 章 重要电话号码与资源

联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 非承保阶段折扣方案

联邦医疗保险(Medicare, 即红蓝卡) 非承保阶段折扣方案, 能够为已达到非承保阶段且未获得“额外补助”的 D 部分会员提供品牌药的制造商折扣。制造商对品牌药所提供的 70% 折扣, 不含非承保阶段的任何配药费用。会员将支付议价价的 25% 以及一部分品牌药的配药费用。

如果您达到非承保阶段, 我们将自动在您的药房向您收取处方费用时自动套用折扣, 您的 D 部分福利说明 (EOB) 也会显示所提供的任何折扣。您支付的金额以及制造商所折扣的金额都会计入您的自付款费用, 如同您已支付一样, 让您脱离非承保阶段。计划支付的金额 (5%) 不会计入您的自付款费用。

您也会获得非品牌药物的部分承保。如果您达到非承保阶段, 计划就会支付非品牌药物价格的 75%, 而您支付剩余的 25%。对于非品牌药物, 计划所支付的金额 (75%) 不会计入您的自付款费用。只有您支付的金额会计入, 并且让您脱离非承保阶段。此外, 配药费用含在药物费用的一部分中。

如果您对所服用药物的折扣供应情况有任何问题, 或是有关于联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 非承保阶段折扣方案的一般问题, 请联系客户服务部 (电话号码印于本手册的封底)。

如果您有州药物援助计划 (SPAP) 的承保, 该怎么做?

如果您已投保加入州药物援助计划 (SPAP), 或是为 D 部分药物提供承保 (“额外补助”除外) 的任何其他方案, 您仍然会获得承保之品牌药的 70% 折扣。此外, 计划会在非承保阶段中支付 5% 的品牌药费用。70% 折扣和计划支付的 5% 都会在任何 SPAP 或其他承保之前, 先套用到药物的价格上。

如果您有艾滋病药物援助方案 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 的承保, 该怎么做?

什么是艾滋病药物援助方案 (ADAP)?

艾滋病药物协助方案 (ADAP) 可帮助患有艾滋病毒 (HIV)/艾滋病且符合 ADAP 资格的个人获得能拯救生命的 HIV 药物治疗。同时在 ADAP 承保范围内的联邦医疗保险 D 部分处方药物符合资格, 可获得纽约州 HIV Uninsured Care Program 部门的处方分摊费用协助。注意: 若要符合于您所在州营运之 ADAP 的资格, 您必须符合一定的标准, 包括州居住证明和艾滋病毒 (HIV) 状态、州政府所定义的低收入, 以及无保险/不足额保险状态。

第 2 章 重要电话号码与资源

如果您目前已投保 ADAP，就可以继续向您提供 ADAP 药物名册上之药物的联邦医疗保险 D 部分处方分摊费用协助。为了确保您继续获得此协助，如果您的联邦医疗保险 D 部分计划名称或保单号码有任何变更，请致电 1-800-542-2437（适用于纽约州居民）或 1-518-459-1641（适用于非纽约州居民），通知您当地的 ADAP 投保工作人员。听力或语言障碍人士 TTY 专线使用者请致电 1-518-459-0121。

如需有关合格标准、承保药物或如何投保方案的信息，请致电 1-800-542-2437（适用于纽约州居民）或 1-518-459-1641（适用于非纽约州居民）联系纽约州 HIV Uninsured Care Program 部门。听力或语言障碍人士 TTY 专线使用者请致电 1-518-459-0121。

方式	纽约州 HIV Uninsured Care Program – 联系信息
致电	1-800-542-2437（适用于纽约州居民） 1-518-459-1641（适用于非纽约州居民）
听力或语言障碍人士 TTY 专线	1-518-459-0121 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。
写信	New York State HIV Uninsured Care Program Empire Station P.O. Box 2052 Albany, NY 12220-0052
网站	http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap

如果您获得联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的“额外补助”来协助支付处方药物费用，会怎么样？您会获得折扣吗？

不会，如果您获得“额外补助”，就表示您在非承保阶段已获得处方药物费用的承保。

如果您没有获得折扣，但是您认为您应该有折扣时，该怎么做？

如果您认为自己已达到非承保阶段，但在支付品牌药费用时并未获得折扣，则应检阅您的下一则 D 部分福利说明（D 部分 EOB）通知。如果您的 D 部分保险福利说明中并未显示折扣，请联系我们以确保您的处方药记录是正确且最新的。如果我们不同意让您获得折扣，您可以提出上诉。您可以向州健康保险协助方案 (SHIP) 取得提出上诉的协助（电话

第 2 章 重要电话号码与资源

号码在本章的第 3 节)，也可以拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 1-877-486-2048。

州药物援助计划

许多州均设有州药物援助计划，可根据财务需求、年龄、病症或残疾，协助部分人士支付处方药物费用。每个州为会员提供药物承保的规则各有不同。

在纽约州，州药物援助计划属于长者配药补助计划 (EPIC) 方案。

方式	长者配药补助计划 (EPIC) (纽约州药物援助计划) – 联系信息
致电	1-800-332-3742 服务时间：周一至周五，8:30 am 至 5:00 pm
听力或语言障碍人士 TTY 专线	1-800-290-9138 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。
写信	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
网站	http://www.health.ny.gov/health_care/epic/

第 8 节 如何联系铁路职工退休委员会

铁路退休委员会是独立的联邦机构，负责管理美国铁路职工及其家属的整体保险福利方案。如果您对于从铁路退休委员会获得之保险福利有疑问，请联系该机构。

如果您是通过铁路退休委员会获得联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），请务必在搬家或变更邮寄地址时告知他们。

第 2 章 重要电话号码与资源

方式	铁路退休委员会 (RRB)– 联系信息
致电	1-877-772-5772 此电话号码为免费。 如果您按“0”键，您可以在周一、周二、周四和周五 9:00 am 至 3:30 pm，周三 9:00 am 至 12:00 pm 与铁路退休委员会 (RRB) 代表通话。 如果您按“1”键，您可以 24 小时访问自动铁路退休委员会 (RRB) 帮助热线并记录信息，包括在周末和节假日。
听力或语言障碍人士 TTY 专线	1-312-751-4701 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。 此号码为付费电话号码。
网站	rrb.gov/

第 9 节 您有“团体保险”或雇主提供的其他健康保险吗？

如果您（或您的配偶）在此计划中是通过您（或您配偶）的雇主或退休人员团体获得保险福利，您可以在有问题时致电该雇主/工会保险福利管理人或客户服务部。您可以询问您（或您配偶）的雇主或退休人员健保福利、保费或投保期等问题。（客户服务部的电话号码印于本手册的封底。）您有本计划的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保相关问题时，也可以致电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227；听力或语言障碍人士 TTY 专线：1-877-486-2048）。

如果您通过您（或您配偶）的雇主或退休人员团体获得其他处方药物承保，请联系该**团体的保险福利管理人**。保险福利管理人可协助您判断您目前的处方药物承保如何搭配我们的计划。

第 3 章

针对 D 部分处方药物使用计划的承保 内容

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

第 1 节	简介	43
第 1.1 节	本章节说明您的 D 部分药物承保内容	43
第 1.2 节	本计划 D 部分药物承保内容的基本规则	43
第 2 节	在网络药房或经由计划的邮购服务获得处方配药	44
第 2.1 节	使用网络药房使您的处方药获得承保	44
第 2.2 节	寻找网络药房	44
第 2.3 章	使用计划的邮购服务	45
第 2.4 节	您如何获得长期药物供应?	46
第 2.5 节	您什么时候可以使用计划网络外的药房?	47
第 3 节	您的药物必须列在计划的“药单”上	48
第 3.1 节	“药单”告诉您哪些 D 部分药物获得承保	48
第 3.2 节	药物清单上的药物有 5 个“分摊费用分级”	49
第 3.3 节	您如何知道某种药物是否在药单上?	49
第 4 节	某些药物承保内容有限制	49
第 4.1 节	为何有些药物有限制?	49
第 4.2 节	什么样的限制?	50
第 4.3 节	这些限制适用您的药物吗?	51
第 5 节	若您的药物不以您所希望的方式承保，该怎么办?	51
第 5.1 节	若您的药物不以您所希望的方式承保，您可以采取某些行动	51
第 5.2 节	若您的药物不在药单上或受某种限制，您可以怎么做?	52
第 5.3 节	若您的药物在您认为太高的分摊费用层级，您可以怎么做?	53
第 6 节	若您其中一种药物的承保内容有改变，该怎么办?	54
第 6.1 节	药单可能在年间改变	54
第 6.2 节	若您正在服用的药物的承保内容有改变，该怎么做?	55
第 7 节	计划不承保哪类药物?	56
第 7.1 节	计划不承保的药物类型	56

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

第 8 节	取得处方配药时请出示您的计划会员卡	58
第 8.1 节	出示您的会员卡	58
第 8.2 节	若您忘了带您的会员卡该怎么办?	58
第 9 节	特殊情况的 D 部分药物承保内容	58
第 9.1 节	若您在医院或专业护理院进行受原始联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 承保的住院, 该怎么做?	58
第 9.2 节	若您居住在长期护理 (LTC) 机构, 该怎么做?	59
第 9.3 节	如果您获取原始联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 承保的药物该怎么做?	59
第 9.4 节	如果您有一个带处方药物承保的联邦医疗保险补充保险 (联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 附加保险单) 该怎么办?	60
第 9.5 节	若您也从雇主或退休人员团体保险获得药物承保内容, 该怎么做? ...	60
第 9.6 节	若您在联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 认证的临终病室服务中, 该怎么做?	61
第 10 节	药物安全与管理药物治疗的计划	61
第 10.1 节	帮助会员安全用药的计划	61
第 10.2 节	帮助会员安全使用阿片类药物的药物管理计划 (DMP).....	62
第 10.3 节	帮助会员管理其药物的药物治疗管理 (MTM) 方案和其他方案.....	62

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容



您知道有协助人们支付药物费用的计划吗？

我们设有方案，帮助资源有限的人士支付药物费用。这包括“额外补助”与州药物援助计划。更多信息请参阅第 2 章第 7 节。

您是否正获得支付药物费用的协助？

若您参加的方案协助支付您的药物，**本承保证明**中有关 **D 部分处方药物的费用信息可能不适用于您**。我们寄送给您的单独插页，名称是“适用于获得额外补助支付处方药物费用之人士的承保证明附加保险计划”（亦称为“低收入补贴附加保险计划”或“LIS 附加保险计划”），为您说明您的药物承保内容。若您没有此插页，请致电客户服务部并索取“LIS 附加保险计划”。（客户服务部的电话号码印于本手册的封底。）

第 1 节 简介

第 1.1 节 本章节说明您的 D 部分药物承保内容

本章节说明使用您的 **D 部分药物承保内容** 的规则。下一章会告诉您要为 D 部分药物支付什么费用（第 4 章，*您为 D 部分处方药物支付的费用*）。

除了您通过我们的计划获得的 D 部分药物承保外，原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）（联邦医疗保险 A 部分和 B 部分）也承保一些药物：

- 联邦医疗保险 A 部分 承保您在联邦医疗保险承保住院期或专业护理院住院期间所接受的药物。
- 联邦医疗保险 B 部分也为一些药物提供福利。B 部分药物包括特定化疗药物、您在医生诊所门诊接受的特定药物注射，以及您在透析机构接受的药物。

上面描述的两种示例药物都由原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）。（要了解关于该承保的更多信息，请参阅您的《联邦医疗保险（即红蓝卡）与您》(Medicare & You) 手册) 您的 D 部分处方药物在我们的计划中承保。

第 1.2 节 本计划 D 部分药物承保内容的基本规则

只要您遵守这些基本规则，本计划通常会承保您的药物：

- 您必须由医疗服务提供方（医生、牙医或其他处方药开立者）为您开立处方。

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

- 您的处方药开立者必须接受联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）或与 CMS 签订文件，表示他/她有开立处方的资格，否则您的 D 部分理赔将被否决。下次您致电或就诊时，您应询问您的处方药开立者是否符合这项条件。若不符合，请注意您的处方药开立者将需要花时间提交必要文件进行处理。
- 您通常需要使用网络药房来获得处方配药。（请参阅第 2 节，*在网络药房或经由计划的邮购服务获得处方配药*。）
- 您的药物必须列在计划的承保药物清单（药物名册）中（我们简称为“药单”）。（请参阅第 3 节，*您的药物必须列在计划的“药单”上*。）
- 您的药物必须用于医疗上公认的适应症。“医疗上公认的适应症”是由美国食品药品监督管理局批准或特定参考文献支持的药物使用。（有关医疗上公认的适应症，请参阅第 3 节的更多信息。）

第 2 节 在网络药房或经由计划的邮购服务获得处方配药

第 2.1 节 使用网络药房使您的处方药获得承保

大部分的情况下，只有前往计划的网络药房为您的处方药物配药，才会获得承保。（请参阅第 2.5 节有关什么情况下我们会承保网外药房处方药配药的信息。）

网络药房是与计划签约提供您受承保处方药物的药房。“承保药物”一词代表所有受计划药单承保的 D 部分处方药物。

我们的网络包括提供标准分摊费用的药房和提供首选分摊费用的药房。您可以去任何一种网络药房领取您的承保处方药物。在拥有首选分摊费用的药房，您的分摊费用可能会更少。

第 2.2 节 寻找网络药房

您如何寻找您所在地区内的网络药房？

欲寻找网络药房，您可以查看您的药房目录，上我们的网站 (emblemhealth.com/medicare) 或致电客户服务部（电话号码印于本手册封底）。

您可以去我们的任何一家网络药房。然而，如果您使用的是提供首选分摊费用的网络药房，而不是提供标准分摊费用的网络药房，那么您的承保药物的费用可能更低。药房名录将告诉您哪间网络药房提供首选分摊费用。您可以联系我们以了解不同药物之间您的自付

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

款会有何不同。若您希望从一间网络药房改到另一间，且您希望获得某种您正在使用药物的续配药物，您可以要求医疗服务提供方提供新的处方笺，或把您的处方药转移至您的新网络药房。

若您正在使用的药房离开网络，该怎么做？

若您正使用的药房离开计划网络，您将需要找寻一间在网络内的新药房。或者，如果您一直使用的药房仍然在网络中，但不再提供首选分摊费用，您可能希望切换到其他药房。欲寻找您所在地区内的另一间网络药房，您可经由客户服务部获得协助（电话号码印于本手册封底）或使用 *药房目录*。您亦可访问我们的网站获得信息

emblemhealth.com/medicare。

若您需要专门药房，该怎么办？

有些处方必须在专门药房配药。专门药房包括：

- 提供居家输注治疗药物的药房。
- 为长期护理 (LTC) 机构居住者提供药物的药房。通常长期护理院（例如疗养院）都有自己的药房。若您居住在 LTC 机构中，您必须确保您能定期从我们网络内的 LTC 药房取得您的 D 部分福利，这通常是 LTC 机构使用的药房。若您在 LTC 机构中取得您的 D 部分保险福利遇到任何困难，请联系客户服务部。
- 提供印第安人健康服务/部落/都市印第安人健保计划的药房（不包括波多黎哥）。除非在紧急情况下，仅有印第安人或阿拉斯加原住民能使用我们网络内的这些药房。
- 发放 FDA 限制特定地点或需特殊处理、医疗服务提供方协调、或需要进行使用方法培训的药物的药房。（注意：这种情况很少发生。）

欲找寻专门药房，请查询您的 *药房目录* 或致电客户服务部（电话号码印于本手册封底）。

第 2.3 章 使用计划的邮购服务

您可使用计划的网络邮购服务订购某些药物。通常由邮购提供的药物是您针对慢性或长期病症定期使用的药物。可经由我们计划的邮购服务提供的药物以“**MO**”（“**邮购**”）药物标示于药单中。

我们计划的邮购服务：能让您订购 **至少 30 天量且不超过 90 天量的药物**。

如欲索取有关处方的订购表格及信息，请联系客户服务部（电话号码印于本手册封底）。

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

邮购配药服务会在 14 天内寄达。为确保您有足量的药物，您可以要求您的医生开立一个月量且可在零售药房立即配药的处方，以及第二份最长 90 天量，让您可和邮购订购表一同寄出的处方。

药房从您医生诊所直接收到的新处方。

于以下情况下，药房从医疗服务提供方收到新处方后，将自动配药并寄给您而不会先与您确认：

- 您在过去使用本计划的邮购服务，或
- 您登记使用自动配送直接来自医疗服务提供方开立的新处方。您可以现在或随时要求自动配送所有新处方，请致电快捷药方公司客户服务部，电话号码是 1-877-866-5828。

若您收到自动邮寄的不想要的处方药，且在寄出前未联系您查看您是否需要，您可能可获得退费。

若您过去曾使用邮购但不希望药房自动配药并寄送每个新处方药，请与我们联系，致电给快捷药方公司客户服务部，电话号码是 1-877-866-5828。

若您未曾使用我们的邮购服务和/或决定停止新处方自动配药，药房会在每次自医疗服务提供方收到新处方时与您联系，看看您是否希望立即配药并寄送给您。这将给您机会确定药房寄送正确的药物（包括规格、数量以及剂型）并且在需要时让您能在收到帐单且药物寄出前取消或延缓订购。请您务必在药房每一次联系时回应，让对方知道该如何处理新处方且避免任何延缓运送。

如果您选择不要再从您的医疗服务提供方办公室直接收到新处方药物的自动送药，请致电快捷药方公司客户服务部，电话号码是 1-877-866-5828。

邮购续配药物处方。对续配药物而言，请在您认为您手中药物将用尽的 30 天前联系您的药房，以确保您的下一份订购能及时送达。

这样一来，药房能与您联系并在寄送前与您进行确认，请确保让药房知道联系您的最佳方式，请致电快捷药方公司客户服务部，电话号码是 1-877-866-5828。

第 2.4 节 您如何获得长期药物供应？

当您获得长期药物供应时，您的分摊费用可能会更低。计划提供两种获得我们计划药单上“维持性”药物长期药物供应的方式（亦称为“延长供应”）。（维持性药物是您针对慢性或

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

长期病症而需要定期服用的药物。) 您可以经由邮购 (请参阅第 2.3 节) 或至零售药房订购这类药物。

1. 我们网络内的**某些零售药房**让您可获得维持性药物的长期供应。您的**药房目录**告诉您我们网络内的哪间药房能供您维持性药物的长期供应。您也能致电客户服务部以获得更多信息 (电话号码印于本手册封底)。
2. 您可使用计划的**网络邮购服务**订购某些药物。可经由我们计划的邮购服务提供的药物以“MO” (“**邮购**”) 药物标示于药单中。我们计划的邮购服务：能让您订购至少 30 天量且不超过 90 天的药物供应。更多有关使用我们邮寄服务的信息请参阅第 2.3 节。

第 2.5 节 您什么时候可以使用计划网络外的药房？

您的处方药物可能在某些情况下受承保

一般而言，我们仅在您不能使用网络药房的情况下，才会承保网外药房为处方所配的药物。为了协助您，我们在我们的服务地区外有网络药房，以使您能以我们计划会员的身份获得处方药物配药。若您无法使用网络药房，以下为我们能承保的网外药房为处方配药的情况：

- 若您旅游至本计划服务地区外且您用完或遗失您受承保的 D 部分药物，且您无法找到网络药房 (请参阅本手册第 1 章第 2.3 节有关本计划服务地区的信息)；
- 若您旅游至计划服务地区外且您患病而需要受承保的 D 部分药物，且您无法找到网络药房 (请参阅本手册第 1 章第 2.3 节有关本计划服务地区的信息)；
- 若您需要及时获得受承保 D 部分药物处方的配药，且该特定承保 D 部分处方药物 (例如通常直接由药厂或特殊供应商运送的专科药物) 通常不在可用的网络零售或邮购配药服务有存货；
- 若您身为急诊部门、医疗服务提供方诊所、门诊手术或其他门诊情况的患者，因而无法在网络药房取得您的药物时，获得由机构网外药房提供的受承保的 D 部分药物；
- 若因联邦灾区宣布或其他公共健康紧急声明，您需要疏散或离开居住地，且您无法合理预期在网络药房取得受承保 D 部分药物；此外，在无法获得正常分销渠道的情况下，该计划将自由地应用网外保单，以促进药物获取。
- 若您接受医疗所必须但联邦医疗保险 B 部分不承保的疫苗，或某些在您医生诊所给药的承保药物。

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

在这些情况下，请先与客户服务部确认了解附近是否有网络药房。（客户服务部电话号码印于本手册封底。）可能要求您为药物支付在网外药房及网络药房付费时的差额。

您该如何向计划要求报销？

若您必须使用网外药房，您通常需要在获得处方药配药时支付全额（而非您正常的分摊费用）。您可以要求我们报销我们应负担的金额。（第 5 章第 2.1 节说明如何要求计划退费。）

第 3 节 您的药物必须列在计划的“药单”上

第 3.1 节 “药单”告诉您哪些 D 部分药物获得承保

本计划含有“承保药物清单（药物名册）”。在本承保证明中，我们简称其为“药单”。

本清单中的药物，是由本计划在医生与药剂师团队协助下所选出。清单必须符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）所设定的要求。联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）已批准本计划的药物清单。

药单上的药物仅限于联邦医疗保险 D 部分承保的药物（本章前述第 1.1 节说明 D 部分药物）。

只要您遵守其他本章所述的承保内容规则，且药物是用于医疗上公认的适应症，我们通常会承保本计划药单上的药物。“医疗上公认的适应症”是指药物使用：

- 由美国食品药品监督管理局批准。（这代表美国食品药品监督管理局批准药物开立处方的诊断或病况用途。）
- ——或——由参考文献提供支持，例如美国医院处方服务药物信息和 DRUGDEX 信息系统。

药单包括品牌药物与非品牌药物

非品牌药物是与品牌药物有相同活性成分的处方药物。这些药物通常与品牌药物作用相当但较便宜。许多品牌药物都有非品牌药物的替代品。

哪些药物不在药单上？

本计划不承保所有的处方药物。

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

- 在某些情况下，法律不允许任何联邦医疗保险计划（Medicare，即红蓝卡）承保某些种类的药物（请参阅本章第 7.1 节更多相关信息）。
- 在其他情况下，我们决定不将特定药物纳入我们的药单。

第 3.2 节 药物清单上的药物有 5 个“分摊费用分级”

计划药单上的每种药物均列入五个分摊费用分级的其中一个分级。一般而言，分摊费用等级越高，您的药费就越高：

- 分摊费用第 1 级包括 - 首选非品牌药物（最低分级）
- 分摊费用第 2 级包括 - 非品牌药物
- 分摊费用第 3 级包括 - 首选品牌药物
- 分摊费用第 4 级包括 - 非首选药物
- 分摊费用第 5 级包括 - 特殊药物（最高分级）

欲了解您的药物在哪一个分摊费用层级，请查询计划的药单。

您为各分摊费用层级药物所支付的费用金额请见第 4 章（您为 D 部分处方药物支付的费用）。

第 3.3 节 您如何知道某种药物是否在药单上？

您有三种方式知道：

1. 查看我们提供的电子版最新药物清单。
2. 访问计划网站 emblemhealth.com/medicare。网站上的药单永远是最新的。
3. 致电客户服务部了解某种药物是否在计划的药单上，或索取一份药单副本。客户服务部的电话号码印于本手册的封底。

第 4 节 某些药物承保内容有限制

第 4.1 节 为何有些药物有限制？

对某些处方药物，特殊规则限制计划如何及何时承保。医生与药剂师团队制定这些规则来协助我们的会员，以最有效的方式使用这些药物。这些特殊规则也协助控制整体药物费用，这能让您的药物承保内容更实惠。

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

一般而言，我们的规则鼓励您取得对您的病症有利且安全有效的药物。当安全、低价的药物在医学上能和高价药物有同样效能时，计划的规定设计鼓励您和您的医疗服务提供方使用低价的选项。我们也需要遵守联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）关于药物承保内容与分摊费用的规则与规范。

若您的药物有限制，通常代表您或您的医疗服务提供方必须采取额外的步骤来让我们承保该药物。若您希望我们为您免除限制，您必须使用承保内容裁定流程并要求我们做出例外处理。我们可能同意或不同意为您免除限制。（请参阅第 7 章第 5.2 节有关要求例外处理的信息。）

请注意，有时药物可能在我们的药单上出现超过一次。这是因为根据您医疗服务提供方开立处方的规格、数量，或药物剂型不同，而可能有不同的限制或分摊费用（例如 10 毫克相较于 100 毫克；每天一次相较于每天两次；药片相较于药水）。

第 4.2 节 什么样的限制？

我们的计划使用不同种类的限制来帮助我们的会员以最有效的方式使用药物。以下的章节告诉您有关我们对特定药物所使用之限制种类的更多信息。

当有非品牌药物时限制品牌药物

一般而言，“非品牌”药物与品牌药物作用相当且通常较便宜。**更常见的情形是，当一种品牌药物有非品牌药物时，我们的网络药房会提供您非品牌药物。**我们通常不会在有非品牌药物时承保品牌药物。然而，若您的医疗服务提供方告知我们该非品牌药物以及治疗相同疾病的其他承保药物都不适合您的医学原因，我们将承保品牌药物。（使用品牌药物可能会使您的分摊费用高于使用非品牌药物。）

事先获得计划批准

对某些药物而言，您或您的医疗服务提供方需要在我们同意为您承保药物前取得计划的批准。这称为“**事先授权**”。有时事先取得批准的要求，有助于引导正确使用特定药物。若您未取得此批准，计划可能不会承保您的药物。

先试用另一种药物

这项要求鼓励您在计划承保另一种药物前，试用较便宜但同样有效的药物。例如，若 A 药物和 B 药物治疗同样的病症，则计划可能要求您先试用 A 药物。若 A 药物对您无效，则计划将承保 B 药物。这项先试用另一种药物的限制称为“**阶段式治疗**”。

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

数量限制

对某些药物而言，我们藉由限制您每次获得处方配药的药量来限制您能取得的药量。例如，若一般认为某种药物一天只服用一颗才安全，我们可能限制承保您的处方为每天不超过一颗。

第 4.3 节 这些限制适用您的药物吗？

计划的药单包括上述限制的相关信息。欲了解这些限制是否适用您正在或想要使用的药物，请查阅药单。有关最新的信息，请致电客户服务部（电话号码印于本手册封底），或查询我们的网站 emblemhealth.com/medicare。

若您的药物有限制，通常代表您或您的医疗服务提供方必须采取额外的步骤来让我们承保该药物。若您想要使用的药物有限制，您应该联系客户服务部以了解您或您的医疗服务提供方需要采取哪些行动来获得药物的承保。若您希望我们为您免除限制，您必须使用承保内容裁定流程并要求我们做出例外处理。我们可能同意或不同意为您免除限制。（请参阅第 7 章第 5.2 节有关要求例外处理的信息。）

第 5 节 若您的药物不以您所希望的方式承保，该怎么办？

第 5.1 节 若您的药物不以您所希望的方式承保，您可以采取某些行动

我们希望药物承保内容能帮助您。但您目前使用、或您和您的医疗服务提供方认为您该使用的处方药物有可能不在我们的药物名册上，或在我们的药物名册上有限制。例如：

- 该药物可能不受承保。或可能该药物的非品牌药物受承保，但您希望使用的品牌药物不受承保。
- 该药物受承保，但药物的承保内容有额外规则或限制。如第 4 节中所说明的，有些计划承保的药物有额外的规则限制它们的使用。例如，您可能需要先试用另一种药物看看是否有效，才能使您想用的药物获得承保。或可能对特定期间内承保的药物数量（药片数量等）有限制。某些情况下，您可能希望我们为您免除限制。
- 药物受承保，但其所在的分摊费用层级会让您的分摊费用比预计来得高。计划将每种承保药物纳入 5 个不同的分摊费用分级之一。您为您的处方药付多少费用部分取决于您的药物在哪一种分摊费用层级。

若您的药物不以您所希望的方式承保，您可以采取某些行动。您的选项视您面临哪种问题而定：

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

- 若您的药物不在药单上，或您的药物受限制，请参阅第 5.2 节了解您可以怎么做。
- 若您的药物所在的分摊费用层级使您的费用较预计高，请参阅第 5.3 节了解您可以怎么做。

第 5.2 节 若您的药物不在药单上或受某种限制，您可以怎么做？

若您的药物不在药单上或受限制，您可以采取以下行动：

- 您可能获得药物的临时供药（仅在特殊情况下的会员能获得临时供药）。这能让您的医疗服务提供方有时间换成另一种药物，或提出请求让药物受承保。
- 您可以换成另一种药物。
- 您可以要求例外处理并要求计划承保药物，或移除对药物的限制。

您可能可以获得暂时的供应

在某些情况下，本计划能在您的药物不在药单上或有某种限制时，为您提供药物的临时供药。这让您有时间与您的医疗服务提供方讨论承保内容变更并想想该怎么办。

您必须符合以下两种条件才符合获得临时供药的资格：

1. 改变您的药物承保内容必须是下列两种改变之一：

- 您正在服用的药物不再列于计划的药单上。
- ——或——您正在服用的药物现在有某种限制（请参阅本章第 4 节有关限制的内容）。

2. 您必须符合以下情况之一：

- 对新会员或在去年加入计划的会员而言：
 - 若您是新会员，我们会在您成为本计划会员的头 90 天承保您药物的临时供药，若您去年已加入计划，则在日历年的头 90 天承保您药物的临时供药。临时供药最长 30 天。若您的处方天数较短，我们允许多次配药以提供最长 30 天的药物供应。处方必须在网络药房配药。（请注意长期护理药房可能每次提供少量药物以避免浪费。）
- 对于成为本计划会员已超过 90 天且居住在长期护理 (LTC) 机构并且需要立即供药的会员而言：

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

我们将对特定药物承保一次 31 天的供应（或较少，若您的处方天数较短）。这是上述临时供药情况的补充。

- 若您在过渡期外且试图获得某种可过渡的药物处方配药，则理赔将被标记，以便让药剂师能查询医疗护理水平的变更。一旦医疗护理水平被确定，药剂师将获得授权以提供一次性过渡供药。

欲要求临时供药，请联系客户服务部（电话号码打印于本手册封底）。

在获得临时供药的期间，您应与您的医疗服务提供方讨论，决定临时供药用完时该怎么办。您可以换成另一种计划承保的药物，或要求计划进行例外处理，承保您目前使用的药物。以下章节告诉您更多有关这些选项的信息。

您可以换成另一种药物

先与您的医疗服务提供方讨论。也许您可找到一种不同的计划承保药物，这种药物对您可能具有相同的疗效。您可致电客户服务部要求获得治疗相同病症的承保药物清单。此清单可帮助医疗服务提供方找到可能对您产生疗效的承保药物。（客户服务部的电话号码印于本手册的封底。）

您可以要求例外处理

您和您的医疗服务提供方能要求计划为您进行例外处理，并以您所希望的方式承保药物。若您的医疗服务提供方能提出说明证明您有要求我们进行例外处理的医学原因，您的医疗服务提供方能帮助您要求规则的例外处理。例如，您可以要求计划承保一种不在计划药单上的药物。或您可以要求计划进行例外处理，在无限制的情况下承保该药物。

若您目前是会员且您正在服用的药物将会在明年从药物名册中移除或受某种限制，我们将允许您事先要求明年的药物名册例外处理。我们将通知您明年对您药物承保内容的任何限制。您可以在明年前要求例外处理，我们将在收到您的请求（或您药物处方者的证明文件）后 72 小时内答复您。若我们批准您的请求，我们将在变更生效前授权承保内容。

若您和您的医疗服务提供方希望要求例外处理，第 7 章第 5.4 节会告诉您该怎么做。该节将说明联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）设下的程序和时限，以确定您的请求能受到迅速公平的处理。

第 5.3 节	若您的药物在您认为太高的分摊费用层级，您可以怎么做？
---------	----------------------------

若您的药物在您认为太高的分摊费用层级，您可以采取以下行动：

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

您可以换成另一种药物

若您的药物在您认为太高的分摊费用层级，请先与您的医疗服务提供方讨论。或许有另一种在较低分摊费用层级的药物对您也同样有效。您可致电客户服务部要求获得治疗相同病症的承保药物清单。此清单可帮助医疗服务提供方找到可能对您产生疗效的承保药物。

（客户服务部的电话号码印于本手册的封底。）

您可以要求例外处理

您和您的医疗服务提供方能要求计划在分摊费用层级上进行例外处理，让您能为您的药物支付较低的费用。若您的医疗服务提供方能提出说明证明您有要求我们进行例外处理的医学原因，您的医疗服务提供方能帮助您要求规则的例外处理。

若您和您的医疗服务提供方希望要求例外处理，第 7 章第 5.4 节会告诉您该怎么做。该节将说明联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）设下的程序和时限，以确定您的请求能受到迅速公平的处理。

我们的特殊药物（第 5 级）中的药物没有资格成为这种类型的例外。我们无法降低这层级内药物的分摊费用金额。

第 6 节 若您其中一种药物的承保内容有改变，该怎么办？

第 6.1 节 药单可能在年间改变

大多数的药物承保内容改变发生在每年年初（1 月 1 日）。但是计划可能在该年年间改变药单。例如，计划可能：

- **在药单上新增或移除药物。**有新的药物，包括新的非品牌药物。政府可能批准现存药物的新使用方式。有时药物被撤回，而我们决定不再承保该药物。或我们可能从药单上移除某种药物，因为发现该药物无效。
- **将某种药物移到较高或较低的分摊费用层级。**
- **对某种药物承保内容新增或移除限制**（请参阅本章第 4 节有关承保内容限制的更多信息）。
- **以非品牌药物取代品牌药物。**

在改变计划药单前我们必须遵守联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的要求。

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

第 6.2 节 若您正在服用的药物的承保内容有改变，该怎么做？

药物承保内容改变的信息

当药单在年间发生变化时，我们会在网站上公布这些变更的信息。我们将定期定时更新我们的线上药单，以纳入任何自上次更新起发生的变化。我们在以下指出若对您正服用的药物做出变更，您会收到直接通知的时机。您也能致电客户服务部以获得更多信息（电话号码印于本手册封底）。

对您药物承保内容的变更会立即影响您吗？

可能在本年度影响您的变更：在以下情况下，您可能在本年度受承保内容变更的影响：

- 新的非品牌药物取代药单上的品牌药物（或我们改变品牌药物的分摊费用层级或对其新增限制，或两者都有）
 - 若我们使用某个分摊费用分级相同或较低，且拥有相同或较少限制的相同药物的新批准的非品牌药物版本来取代品牌药，就可能会立即在我们的药单中删除该品牌药。此外，在增加新的非品牌药物时，我们可能会裁定保留药单上的品牌药，但会立即将其移至不同分摊费用分级或增加新的限制，或两者都有。
 - 我们可能不会在做出变更时事先通知您——即使您目前正在服用该品牌药物。
 - 您或您的处方药开立者能要求我们进行例外处理并继续为您承保该品牌药物。有关如何要求例外处理的信息，请参阅第 7 章（如果您有问题或投诉意见，该怎么办（承保裁定、上诉、投诉））。
 - 若您在我们做出变更时正服用品牌药物，我们将提供您有关所做特定变更的信息。这也会包含您欲请求例外处理以承保品牌药物的所需步骤。您可能不会在我们做出变更前收到通知。
- 不安全的药物和其他从市面上下架的药单上药物
 - 偶尔，某种药物可能会因为发现不安全而突然被撤回，或因其他原因下架。若发生这样的情形，我们会立即从药单上移除该药物。若您正在服用该药物，我们会立即通知您这项变更。
 - 您的处方开立者也将知道这项变更，且能与您合作找到另一种治疗您病况的药物。
- 对药单上药物所做的其他变更

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

- 我们可能在新年度做出其他变更而影响您正服用的药物。例如，我们可能新增一种已在市面上的非品牌药物来取代一种品牌药物，或改变该品牌药物的分摊费用层级或新增限制，或两者都有。我们也可能根据 FDA 的黑框警告或联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）认可新的临床指南做出变更。我们必须至少 30 天提前将变更通知您，或为您提供变更通知，以及您正在网络药房取药的药物的 30 天续配。
- 在您收到变更通知后，您应当与您的处方开立者合作换到另一种我们承保的药物。
- 或者您或您的处方药开立者可以请求我们进行例外处理并继续为您承保药物。有关如何要求例外处理的信息，请参阅第 7 章（如果您有问题或投诉意见，该怎么办（承保裁定、上诉、投诉））。

药单上药物变更将不会影响目前正服用该药物的人士：对于非上述情形的药单变更，若您目前正服用该药物，以下种类的变更将不会在隔年 1 月 1 日前影响您（若您继续参加计划）：

- 若我们将您的药物移到更高的分摊费用层级。
- 若我们对您使用的药物新增限制。
- 若我们将您的药物从药单上移除。

若您正服用的药物发生这类变更（但并非因为市场下架、非品牌药物取代品牌药物或其他上述变更），则该变更不会在隔年 1 月 1 日前影响您的用药或您支付的分摊费用。在那天之前，您或许不会出现任何费用增加或任何您正服用药物的额外限制。您不会在本年度直接收到那些对您没影响的变更通知。然而，在明年的 1 月 1 日，该变更将会影响您，因此请务必查阅新保险福利年度的药单是否有任何药物的变更。

第 7 节 计划不承保哪类药物？

第 7.1 节 计划不承保的药物类型

本章节告诉您那些处方药物遭到“排除”。这代表联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）不会为这些药物付费。

若您接受排除的药物，您必须自行付费。我们不会支付列于本节的药物。唯一例外：若申请的药物在经上诉后发现未被 D 部分排除，且由于您的特殊状况我们应该付费或承保。（有关对我们不承保某种药物裁定进行上诉的信息，请参阅本手册第 7 章第 5.5 节。）

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

有关联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）药物计划在 D 部分中不承保的药物，有三项通则：

- 我们的计划 D 部分药物承保内容无法承保会在联邦医疗保险 A 部分或 B 部分受承保的药物。
- 我们的计划无法承保在美国或其领土境外购买的药物。
- 我们的计划通常无法承保非适应症用药。“非适应症用药”是任何药物标签所示美国食品药品监督管理局批准使用方式外的使用。
 - 一般来说，“非适应症用药”承保范围只有在有一定参考支持的情况下才被允许，如美国医院处方服务药物信息和 DRUGDEX 信息系统。若使用方式不受任何这些参考资料支持，则我们的计划将不承保该“非适应症用药”。

同时，根据法律规定，以下这些药物类别将不受联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）药物计划承保：

- 非处方药物（也称成药）
- 促进生殖力的药物
- 用来缓解咳嗽或感冒症状的药物
- 美容用途或促进头发生长的药物
- 处方维生素和矿物质产品（除产前维生素和氟化物外）
- 用于治疗性功能或阳痿的药物
- 用于治疗厌食症、减重或增重的药物
- 厂商要求在用药同时须购买同厂商独家测试或监测服务作为销售条件的门诊药物

若您接受“额外补助”支付您的药费，您的州立医疗补助计划（Medicaid，即白卡）计划可能会承保某些通常不受联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）药物计划承保的处方药物。请联系您的州立医疗补助计划（Medicaid，即白卡）计划，以判定您可能获得哪些药物承保内容。（您可以在第 2 章第 6 节找到医疗补助计划（Medicaid，即白卡）计划的电话号码和联系信息。）

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

第 8 节 取得处方配药时请出示您的计划会员卡

第 8.1 节 出示您的会员卡

欲取得您的处方配药，请在您选择的网络药房出示您的计划会员卡。当您出示您的计划会员卡时，网络药房将自动向计划索取您受承保处方药物费用中 *我们的* 分摊费用。您将需要在领取药物时支付药房 *您的* 分摊费用。

第 8.2 节 若您忘了带您的会员卡该怎么办？

若您在领取处方配药时忘了带您的计划会员卡，请要求药房致电计划以取得必要信息。

若药房无法取得必要信息，您可能需要在领取处方药物时付全额。（接着您可以要求我们报销我们的分摊费用。请参阅第 5 章第 2.1 节有关如何向计划要求报销的信息。）

第 9 节 特殊情况的 D 部分药物承保内容

第 9.1 节 若您在医院或专业护理院进行受原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的住院，该怎么做？

如果您**进入医院**接受获得原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的住院，那么联邦医疗保险 A 部分通常承保您在住院期间的处方药物费用。一旦您离开医院，只要药物符合我们所有的承保内容规则，计划将承保您的药物。请见本章前部分有关获得药物承保内容的规则。

如果您**进入专业护理院**接受获得原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的住院，那么联邦医疗保险 A 部分通常承保您在全部或部分住院期间的处方药物费用。如果您仍在专业护理院中，并且 A 部分不再承保您的药物，那么只要您的符合我们所有的承保规则，计划将承保您的药物。请见本章前部分有关获得药物承保内容的规则。

请注意：当您进入、居住或离开专业护理院时，您将有权获得特殊投保期。在这段时间，您可以改变计划或改变您的承保内容。（第 8 章，*结束您本计划的会籍*，将告诉您您何时可以离开我们的计划并加入另一个联邦医疗保险计划（Medicare，即红蓝卡）。）

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

第 9.2 节 若您居住在长期护理 (LTC) 机构，该怎么做？

通常长期护理院 (LTC)（例如疗养院）都有自己的药房，或为其所有居住者提供药物的药房。若您居住在长期护理院，您可能可经由机构的药房（只要该药房在网络内）取得您的处方药物。

查阅您的 *药房目录* 以了解您的长期护理院药房是否在我们的网络内。若不在我们的网络内，或您需要更多信息，请联系客户服务部（电话号码印于本手册封底）。

若您居住在长期护理 (LTC) 机构且成为本计划的新会员，该怎么做？

若您需要的药物不在药单上或受某种限制，本计划将在您成为会员的头 90 天承保您药物的 **临时供药**。总供应将为最多 31 天（如果您的处方天数较短，则较少）。（请注意，长期护理药房可能每次提供少量药物以避免浪费。）若您成为本计划会员已超过 90 天，且需要的药物不在计划药单上或有某种限制，我们将对特定药物承保一次 31 天的供应（若您的处方天数较短，则较少）。

在获得临时供药的期间，您应与您的医疗服务提供方讨论，决定临时供药用完时该怎么办。也许您可找到一种不同的计划承保药物，这种药物对您可能具有相同的疗效。或您和您的医疗服务提供方可要求计划为您进行例外处理，以您所希望的方式承保该药物。若您和您的医疗服务提供方希望要求例外处理，第 7 章第 5.4 节会告诉您该怎么做。

第 9.3 节 如果您获取原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保的药物该怎么做？

您在安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 中的投保不会影响您对联邦医疗保险 A 部分或 B 分中承保药物的承保范围。如果您符合联邦医疗保险（即红蓝卡）的承保要求，您的药物将仍然在联邦医疗保险 A 部分或 B 部分下承保，即使您已投保本计划。此外，如果您的药物将由联邦医疗保险 A 部分或 B 部分承保，那么我们的计划将不承保它，即时您选择不投保 A 部分或 B 部分。

在某些情况下，一些药物可能会在联邦医疗保险 B 部分下承保，而在其他情况下，则通过安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 承保。但药物永远不会同时受 B 部分和我们的计划承保。一般来说，您的药剂师或医疗服务提供方将决定是向联邦医疗保险 B 部分还是安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 开具药物账单。

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

第 9.4 节 如果您有一个带处方药物承保的联邦医疗保险补充保险（联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）附加保险单）该怎么办？

如果您目前有一个包含处方药物承保的联邦医疗保险补充保险保单，您必须联系您的联邦医疗保险补充保险的保险公司，并告诉他们您已经投保了我们的计划。如果您决定保留当前的联邦医疗保险补充保险保单，您的联邦医疗保险补充保险的保险公司将删除您的联邦医疗保险补充保险保单中的处方药物保险部分，并降低您的保费。

每年，您的联邦医疗保险补充保险的保险公司应该给您发一个通知，告诉您您的处方药物承保是否“可计入”，以及您对药物承保范围的选择。（如果联邦医疗保险补充保险保单的承保范围是“可计入”，这意味着预期该承保平均支付费用至少与联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）标准处方药物承保一样多。）该通知还将解释，如果您删除您的联邦医疗保险补充保险保单中的处方药物保险部分，您的保费将降低多少。如果您没有收到这个通知，或者您找不到它，联系您的联邦医疗保险补充保险的保险公司，再索取一份。

第 9.5 节 若您也从雇主或退休人员团体保险获得药物承保内容，该怎么做？

您目前是否经由您（或您配偶的）雇主或退休人员团体获得其他处方药物承保内容？若有，请联系该团体的保险福利管理人。他或她可以帮助您决定您目前的处方药物承保内容在我们的计划下将如何运作。

一般而言，若您目前受雇，我们提供您的处方药物承保内容会次于您雇主或退休人员团体的承保内容。这代表您的团体承保内容将优先付费。

有关“可计入的承保”的特别注意事项：

每年您的雇主或退休人员团体应寄发通知告诉您下一日历年度的您的处方药物承保内容是否为“可计入”，以及您对药物承保内容所有的选择。

若该团体保险提供的承保内容为“可计入”，这代表该计划提供的平均预计支付至少与联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）标准处方药物承保内容相当的药物承保。

请保存这些有关可计入承保的通知，因为您之后可能需要它们。若您投保包含 D 部分药物承保内容的联邦医疗保险计划（Medicare，即红蓝卡），您可能需要这些通知来显示您已维持可计入的承保。若您未从您的雇主或退休人员团体保险获得可计入承保的通知，您可以从雇主或退休人员团体保险福利管理人或雇主或公会取得一份副本。

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

第 9.6 节 若您在联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）认证的临终病室服务中，该怎么做？

药物永远不会同时受临终病室服务和我们的计划承保。若您投保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）临终病室服务，且需要的药物因为与您的绝症及相关情况无关而不受您临终病室服务承保，例如止恶心药、泻药、止痛药物或抗焦虑药物，我们的计划在能够承保药物前，必须取得处方开立者或您临终病室医疗服务提供方的通知。为避免延误收到任何应受我们计划承保的非相关药物，在您要求药房为您的处方配药前，您可以要求您的临终病室医疗服务提供方或处方药开立者确定我们已获得该药物与您病况无关的通知。

若您撤销您的临终病室服务或从临终病室服务出院，我们的计划应承保您所有的药物。为了避免您的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）临终病室福利结束前，发生任何药房延误，您应携带文件至药房证明您已撤销服务或出院。请参阅本章节前述部分告诉您经由 D 部分获得药物承保的规则。第 4 章（您为 D 部分处方药物支付的费用）将告诉您更多有关药物承保内容与您负担费用的信息。

第 10 节 药物安全与管理药物治疗的计划

第 10.1 节 帮助会员安全用药的计划

我们为会员进行药物使用者审查，以帮助确保他们获得安全且适当的医疗护理。这些审查对有多位处方药开立者为其开处方药物的会员特别重要。

我们在您每次获得处方配药时进行审查。我们也定期审查我们的纪录。在这些审查过程中，我们寻找如下的潜在问题：

- 可能的药物错误
- 某些药物可能因为您正服用另一种药物治疗相同病症而变为非必要
- 因为您的年龄或性别而可能不安全或不适当的药物
- 可能在您同时服用时对您造成伤害的特定药物组合
- 您对成分过敏的药物处方
- 您正服用药物药量（剂量）的可能错误
- 不安全剂量的阿片类止痛药

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

若我们发现您使用药物治疗的可能错误，我们会与您的医疗服务提供方合作更正该错误。

第 10.2 节 帮助会员安全使用阿片类药物的药物管理计划 (DMP)

我们设有计划帮助确保我们的会员能安全使用其处方阿片类药物治疗，或其他常被滥用的药物治疗。这项计划称为药物管理计划 (Drug Management Program, DMP)。若您使用从不同医生或药房取得的阿片类药物治疗，我们可能与您的医生讨论确定您使用阿片类药物是否适当且医疗上必需的。在与您的医生合作下，若我们裁定您使用处方阿片类药物或苯二氮卓药物治疗是不安全的，我们可能限制您获得这些药物的方式。这些限制可能是：

- 要求您从某一间药房取得所有阿片类药物或苯二氮卓药物治疗
- 要求您从某一位医生取得所有阿片类药物和苯二氮卓类药物的处方
- 限制我们会为您承保的阿片类药物和苯二氮卓类药物治疗数量

若我们认为一项或多项上述限制适用于您，我们将事先向您寄发通知。该通知函将说明我们认为适用于您的限制的信息。您还将有机会告诉我们您更愿意使用哪个医生或药房，以及您认为需要我们了解的任何其他重要信息。在您有机会回复之后，如果我们决定限制您对这些药物的承保范围，我们会再给您发一封用于确认承保范围的信。若您认为我们犯了错或您不同意我们认为您有处方药物滥用的裁决或限制，您和您的处方药开立者有权向我们提出上诉。如果您选择上诉，我们将审查您的案件并给您一个裁定。如果我们继续拒绝您的任何与药物使用限制相关的请求，我们将自动将您的案例提交给我们计划之外的独立审查员。请参阅第 7 章有关如何要求上诉的信息。

若您有特定病症（例如癌症）或您接受临终病室护理、姑息治疗或临终护理，或居住在长期护理院，则 DMP 可能不适用于您。

第 10.3 节 帮助会员管理其药物的药物治疗管理 (MTM) 方案和其他方案

我们有可以协助我们的会员解决复杂健康需求的计划。

会员可自愿加入这些免费方案。药剂师和医生团队为我们开发了这项计划。这些方案能帮助确保我们的会员从其使用的药物获得最大保险福利。其中一个方案被称为药物治疗管理 (MTM) 方案。

部分为不同病症使用不同药物治疗并且拥有很高药物费用的会员可能能够从 TMT 方案取得服务。将由一位药剂师或其他健康专业人士为您提供您所有药物治疗的全面审查。您可以讨论使用您药物治疗的最佳方式、您负担的费用，以及您对您的处方与非处方药物有的任何问题或疑问。您会获得一份书面的讨论摘要。该一览表附有药物治疗行动计划，建议

第 3 章 针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容

您如何最佳使用您的药物治疗，且有空间让您作笔记或写下任何后续问题。您也将获得一份个人药物清单，这将包括所有您正使用的药物治疗以及使用原因。

建议您在您每年的“身心健康”门诊前取得您的药物治疗审查，让我们能和您的医生讨论您的措施计划和药物清单。在您就诊时或任何与您医生、药剂师和其他医疗服务提供方讨论时，请携带您的措施计划和药物清单。同时，随身携带您的药物清单（例如与您的身份证放在一起）以免您需要到医院或急诊室。

若我们有符合您需要的计划，我们将自动让您投保计划并寄信息给您。若您决定不参加，请通知我们，我们将让您退出计划。若您对这些计划有任何疑问，请联系客户服务部（电话号码印于本手册封底）。

第 4 章

您为 D 部分处方药物支付的费用

第 4 章 您为 D 部分处方药物支付的费用

第 4 章 您为 D 部分处方药物支付的费用

第 1 节	简介	67
第 1.1 节	将本章节与其他说明您药物承保内容的资料一同阅读	67
第 1.2 节	您需为承保药物负担的自付款种类	68
第 2 节	您为某种药物支付的费用视您在取得药物时处于哪种“药物付款阶段”而定	68
第 2.1 节	安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 会员有什么药物支付阶段?	68
第 3 节	我们会寄报告给您，说明您需负担的药费以及您在哪一个付款阶段	70
第 3.1 节	我们会按月寄给您称为“D 部分福利说明”的报告 (“D 部分 EOB”) ...	70
第 3.2 节	帮助我们取得您药物付款的最新信息	70
第 4 节	在自付额阶段，您支付您的第 1 级、第 2 级、第 3 级、第 4 级和第 5 级药物的全部费用	71
第 4.1 节	您将一直处于自付额阶段，直到您已经为您的第 1 级、第 2 级、第 3 级、第 4 级和第 5 级药物支付 \$445	71
第 5 节	初始承保阶段期间，计划为您的药物费用支付其分摊费用，您则支付您的分摊费用	72
第 5.1 节	您为药物支付的费用视该药物及您在哪里取得处方配药而定	72
第 5.2 节	显示您一个月药物供应费用的表格	73
第 5.3 节	若您的医生为您开立少于一整个月供药的处方，您可能不需要为整个月的供药付款	74
第 5.4 节	表格显示长期（最多 90 天）供药所需费用	75
第 5.5 节	直到您该年药物总费用达到 \$4,130 前，您都停留在初始承保阶段	76
第 6 节	在非承保阶段期间，您享有品牌药折扣以及支付非品牌药物不超过费用 25%	77
第 6.1 节	在您支付自付款达到 \$6,550 前，您处于非承保阶段	77
第 6.2 节	联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）如何计算您的处方药物自付款	78

第 4 章 您为 D 部分处方药物支付的费用

第 7 节	在巨灾承保阶段期间，计划将支付您大部分的药物费用	80
第 7.1 节	只要您进入巨灾承保阶段，这一年的剩余时间您都会留在这个阶段 ...	80
第 8 节	针对 D 部分承保的接种疫苗您要支付的费用取决于您如何及在何处接种	80
第 8.1 节	我们的计划可能把 D 部分疫苗药物本身的承保与为您接种疫苗的费用分开计算	80
第 8.2 节	您可能需要在接种疫苗之前联系客户服务部	82

第 4 章 您为 D 部分处方药物支付的费用



您知道有协助人们支付药物费用的计划吗？

我们设有方案，帮助资源有限的人士支付药物费用。这包括“额外补助”与州药物援助计划。更多信息请参阅第 2 章第 7 节。

您是否正获得支付药物费用的协助？

若您参加的方案协助支付您的药物，**本承保证明中有关 D 部分处方药物的费用信息可能不适用于您**。我们寄送给您的单独插页，名称是“适用于获得额外补助支付处方药物费用之人士的承保证明附加保险计划”（亦称为“低收入补贴附加保险计划”或“LIS 附加保险计划”），为您说明您的药物承保内容。若您没有此插页，请致电客户服务部并索取“LIS 附加保险计划”。（客户服务部的电话号码印于本手册的封底。）

第 1 节 简介

第 1.1 节 将本章节与其他说明您药物承保内容的资料一同阅读

本章节的重点在您为您的 D 部分处方药物负担多少费用。为了简化，我们在本章中以“药物”代表 D 部分处方药物。如同第 3 章所述，并非所有药物都是 D 部分药物 - 某些药物受联邦医疗保险 A 部分或 B 部分承保，且另一些药物依法排除于联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡)承保内容外。

欲了解我们在本章提供您的付款资料，您需要知道哪些药物受承保、在何处取得您的处方配药，以及您取得承保药物时该遵守那些规则的基本知识。以下是说明这些基本知识的资料：

- **本计划的承保药物清单（药物名册）**。为了简化，我们称之为“药单”。
 - 药单告诉您为您承保哪种药物。
 - 同时亦告知该药物属于 5 个“分摊费用分级”的哪一个，以及该药物的承保有否任何限制。
 - 若您需要一份药物清单的副本，请联系客户服务部（电话号码印于本手册封底）。您亦可访问我们的网站取得药单，网址是 **emblemhealth.com/medicare**。网站上的药单永远是最新的。
- **本手册第 3 章**。第 3 章提供有关处方药物承保内容的详情，包括您在取得承保药物时必须遵守的规则。第 3 章也告诉您哪种处方药物不受我们的计划承保。

第 4 章 您为 D 部分处方药物支付的费用

- **本计划的药房目录。**在大多数情况下您必须使用网络药房取得承保的药物（详情请参阅第 3 章）。药房目录有一份计划网络内的药房清单。也告诉您我们网络内的哪间药房能提供您某种药物的长期供药（像是为三个月供药的处方配药）。

第 1.2 节 您需为承保药物负担的自付款种类

欲了解我们在本章中提供您的付款信息，您必须知道您可能为承保服务范围负担的自付款种类。您为某种药物支付的费用称为“分摊费用”，且有三种可能会要求您付费的方式。

- 其中“**自付额**”是指您在我们计划开始支付其分摊费用之前，必须为药物支付的金额。
- “**自付款**”代表您每次取得处方配药时支付的固定金额。
- “**共同保险金**”代表您每次取得处方配药时支付药物总金额的一个百分比。

第 2 节 您为某种药物支付的费用视您在取得药物时处于哪种“药物付款阶段”而定

第 2.1 节 安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 会员有什么药物支付阶段？

如以下表格所示，您的安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 处方药物承保有“药物支付阶段”。您负担多少药费视您在取得处方配药或续配药物时处于哪种阶段而定。请记住无论在何种药物支付阶段，您永远需付计划每月的保费。

第 4 章 您为 D 部分处方药物支付的费用

第 1 阶段 年度自付额 阶段	第 2 阶段 初始承保 阶段	第 3 阶段 非承保 阶段	第 4 阶段 巨灾承保阶段
当您该年首次按处方配药，便由这个支付阶段开始。 在这个阶段，您要全额支付您的第 1 级（首选非品牌药物）、第 2 级（非品牌药物）、3 级（首选品牌药）、4 级（非首选药物）和 5 级（特殊药物）药物的费用。 您将一直处于这个阶段，直到您为您的第 1 级（首选非品牌药物）、第 2 级（非品牌药物）、3 级（首选品牌药）、4 级（非首选药物）和 5 级（特殊药物）药物支付 \$445（\$445 是您的第 1 级（首选非品牌药物）、第 2 级（非品牌药物）、3 级（首选品牌药）、4 级（非首选药物）和 5 级（特殊药物）的自付额金额）。 （详情请参阅本章第 4 节。）	在此阶段期间，计划为您的药物支付其分摊费用，您则支付您的分摊费用。 您将一直处于这个阶段，直到您年初至今的“总药物费用”合计达到 \$4,130。 （详情请参阅本章第 5 节。）	在这个阶段，您为品牌药物支付 25% 的费用（加上一部分的配药费），并为非品牌药物支付 25% 的费用。 直到您年度至今的“自付款”（您所支付的款项）达到总计 \$6,550，您都处于这个阶段。这个金额和计算费用到此金额的规则皆由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）订定。 （详情请参阅本章第 6 节。）	在这个阶段，计划将在年度的剩余期间（直到 2021 年 12 月 31 日）支付您药物大多数的费用。 （详情请参阅本章第 7 节。）

第 4 章 您为 D 部分处方药物支付的费用

第 3 节 我们会寄报告给您，说明您需负担的药费以及您在哪一个付款阶段

第 3.1 节 我们会按月寄给您称为“D 部分福利说明”的报告（“D 部分 EOB”）

我们的计划追踪您处方药物的费用以及您在药房取得处方配药或续配药物时的付款金额。这样一来，我们能在您从某药物付款阶段移往下一阶段时通知您。我们特别追踪两种费用：

- 我们追踪您已付了多少费用。这称为您的“**自付款**”费用。
- 我们追踪您的“**总药费**”。这是您自费或其他人代表您付费的金额，加上计划支付的金额。

当您在过去一个月内曾取得一次或多次处方配药时，我们的计划会准备一份称为 *D 部分福利说明*（有时称为“D 部分 EOB”）的书面报告。D 部分 EOB 部分提供了关于您服用的药物的更多信息，比如价格上涨和其他可用的分摊费用更低的药物。您应该咨询您的处方医生这些费用更低的选项。这包括：

- **该月的信息**。这份报告提供您在过去一个月中取得的处方配药付款详情。显示总药费、计划付款金额，以及您和您的代表人付款的金额。
- **自 1 月 1 日起整年度的总额**。这称为“年度至今”信息。这显示您自今年起的总药费以及您为药物支付的总费用。
- **药物价格信息**。此信息将显示每次处方药理赔的累计增加百分比。
- **提供费用更低的替代处方药**。这将包括关于每个处方药理赔的可能有的分摊费用更低的其他药物的信息。

第 3.2 节 帮助我们取得您药物付款的最新信息

为了追踪您的药物费用及您所支付的药物付款，我们使用来自药房的纪录。以下是您可以帮助我们取得您药物付款最新信息的方法：

- **在您取得处方配药时出示您的会员卡**。在您每次取得处方配药时出示您的计划会员卡，以确保我们知道您取得的处方配药，以及您支付的金额。
- **确保我们持有我们所需的信息**。有时您为处方药物付费时我们可能不会自动取得追踪您自付款所需的信息。为了帮助我们追踪您的自付款费用，您可以提供我们您所购买药物收据的副本。（若您因承保药物遭收费，您可以要求我们的计划支付我

第 4 章 您为 D 部分处方药物支付的费用

们的分摊费用。步骤请参阅本手册第 5 章第 2 节的说明。) 以下是您可能希望提供我们药物收据副本以确保我们有您自付药费完整记录的情况:

- 当您在网络药房以特惠价格, 或使用非我们计划福利的折价卡购买承保药物时。
- 当您支付自付款购买在药厂患者协助计划下所提供的药物时。
- 任何时候您在网外药房购买承保药物或您在特殊情况下为承保药物付全额时。
- **寄给我们他人帮您付费的信息。** 他人或其他机构所支付的费用也计入您的自付款内, 且能帮助您符合巨灾承保的资格。例如, 由州药物援助计划、艾滋病药物援助方案(ADAP)、印第安人健康服务, 以及大多数慈善机构所支付的款项都计入您的自付款。您必须保存这类付款的纪录并寄给我们, 使我们能追踪您的费用。
- **请检查我们寄给您的书面报告。** 当您收到邮寄的 *D 部分福利说明* (“D 部分 EOB”), 请仔细检阅以确保所有信息皆完整且正确。若您认为报告有遗漏, 或您有任何疑问, 请联系客户服务部 (电话号码印于本手册封底)。请务必保存这些报告。这些报告是您药物费用的重要纪录。

第 4 节 在自付额阶段, 您支付您的第 1 级、第 2 级、第 3 级、第 4 级和第 5 级药物的全部费用

第 4.1 节	您将一直处于自付额阶段, 直到您已经为您的第 1 级、第 2 级、第 3 级、第 4 级和第 5 级药物支付 \$445
---------	--

自付额阶段是您的药物承保的第一个支付阶段。当您该年首次按处方配药, 便开始这个阶段。当您处于这个支付阶段时, **您必须全额支付您的药物费用**, 直到您达到该计划的自付额, 其中在 2021 年, 自付额是 **\$445**。

- **“全额费用”**通常低于正常全价的药物, 因为我们的计划已经协商降低了大多数药物的费用。
- **“自付额”**是指您在计划开始支付其分摊费用之前, 必须为您的 D 部分处方药物支付的金额。

一旦您已为您的第 1 级、第 2 级、第 3 级、第 4 级和第 5 级药物支付 **\$445**, 您将离开自付额阶段, 进入下一个药物支付阶段, 即初始承保阶段。

第 4 章 您为 D 部分处方药物支付的费用

第 5 节 初始承保阶段期间，计划为您的药物费用支付其分摊费用，您则支付您的分摊费用

第 5.1 节 您为药物支付的费用视该药物及您在哪里取得处方配药而定

初始承保阶段期间，计划为您的承保处方药物支付其分摊费用，您则支付您的分摊费用（您的自付款或共同保险金额）。您分摊的费用视药物及您在哪里取得处方配药而定。

计划有 5 个分摊费用分级

计划药单上的每种药物均列入五个分摊费用分级的其中一个分级。一般而言，分摊费用等级越高，您的药费就越高：

- 第 1 级包括 - 首选非品牌药物（最低分级）
- 第 2 级包括 - 非品牌药物
- 第 3 级包括 - 首选品牌药
- 第 4 级包括 - 非首选药物
- 第 5 级包括 - 特殊药物（最高分级）

欲了解您的药物在哪一个分摊费用层级，请查询计划的 *药单*。

您的药房选择

您为药物负担多少费用视您在哪里取得药物而定：

- 提供标准分摊费用的网络零售药房
- 提供首选分摊费用的网络零售药房
- 不在计划网络内的药房
- 计划的邮购配药服务

有关这些药房选择以及取得处方配药的信息，请参阅本手册第 3 章及计划的 *药房目录*。

一般而言，只有在我们的网络药房取得处方配药，方属承保范围内。我们的一些网络内的药房还提供首选分摊费用。您可以去提供首选分摊费用的网络药房，或提供标准分摊费用其他网络药房，以获得您的承保处方药物。在提供首选分摊费用的药房，您的费用可能会更少。

第 4 章 您为 D 部分处方药物支付的费用

第 5.2 节 显示您一个月药物供应费用的表格

在初始承保阶段，您的承保药物分摊费用将会是自付款或共同保险金。

- “自付款”代表您每次取得处方配药时支付的固定金额。
- “共同保险金”代表您每次取得处方配药时支付药物总金额的一个百分比。

如下表所示，自付款或共同保险金的金额视您的药物在哪一个层级而定。请注意：

- 若您的承保药物费用较表中所列的自付款金额低，您将为该药支付较低的金额。您支付药费全额或自付款，以较低者为准。
- 我们仅在有限情况下承保在网外药房所配的处方药。请参阅第 3 章第 2.5 节有关什么情况下我们会承保在网外药房配药处方药物的信息。

第 4 章 您为 D 部分处方药物支付的费用

当您获得承保的 D 部分处方药物的一个月供应量时的分摊费用：

等级	标准零售 分摊费用 (网络内) (最多 30 天 供应量)	首选零售 分摊费用 (网络内) (最多 30 天 供应量)	邮购 分摊费用 (最多 30 天 供应量)	长期护理 (LTC) 分摊费用 (最多 31 天 供应量)	网外分摊费用 (保险范围限于某些 情况；详见第 5 章。) (最多 30 天供应 量)
分摊费用第 1 级 (首选非品牌药 物)	\$7	\$2	\$0	\$7	\$7
分摊费用第 2 级 (非品牌药物)	\$17	\$12	\$12	\$17	\$17
分摊费用第 3 级 (首选品牌药 物)	\$45	\$40	\$40	\$45	\$45
分摊费用第 4 级 (非首选药物)	33%	33%	33%	33%	33%
分摊费用第 5 级 (特殊药物)	25%	25%	25%	25%	25%

第 5.3 节 若您的医生为您开立少于一整个月供药的处方，您可能不需要为整个月的供药付款

一般而言，您所支付的处方药物费用，足以供应一整个月的承保药物。不过，您的医生开立的处方，药量可能不足一个月的药物供应。有时候您可能想请医生开立药量少于一个月的处方（例如当您首次服用已知会产生严重副作用的某种药物）。若您的医生开立药量少于一个月的处方，您便不必支付供应一整个月特定药物的费用。

当您领取的药物不及一整个月的药量时，所支付的费用取决于您是支付共同保险金（费用总额的某个百分比）或是自付款（固定金额）。

- 若您负责支付药物的共同保险金，您会支付该药物总费用的某个百分比。无论处方药量是一整个月或是天数较少，您都支付相同的百分比。不过，若您领取不足一整个月的药量，药物总费用会降低，您支付的金额也会减少。

第 4 章 您为 D 部分处方药物支付的费用

- 若您必须支付药物的自付款，您的自付款将以您取得药物的天数为据。我们将计算您须支付的每日药物费用（每日分摊费用率）并乘以您取得药物的天数。
 - 以下是示例：比如供应一整个月（30 天供药）的药物，您的自付款是 \$30。这表示，您支付的每日药物费用是 \$1。若您取得 7 天量的供药，您支付的费用会是每日 \$1 乘以 7 天，总共是 \$7。

藉由每日分摊费用，您可以先确认该药物对您是否有效，然后才支付一整个月的药物费用。为了方便您规划不同处方的续配药日期，减少往返药房的次数，在您的医生开立处方时以及您的药剂师发给药物时，您可以要求不足一个月的一种或多种药量。您支付的金额取决于您取得多少天的药量。

第 5.4 节 表格显示长期（最多 90 天）供药所需费用

当您按处方配药时，有些药物可以要求长期供药（亦称为“延长供药”）。长期供药是指最多 90 天的药量。（关于取得长期药物供应的地点和方法之详细信息，请参阅第 5 章第 2.4 节。）

下表显示取得长期（最多 90 天）药量须支付的费用。

- 请注意：若您的承保药物费用较表中所列的自付款金额低，您将为该药支付较低的金
额。您支付药费全额或自付款，以较低者为准。

第 4 章 您为 D 部分处方药物支付的费用

当您获得承保的 D 部分处方药物的长期供应量时的分摊费用：

等级	标准零售分摊费用 (网络内) (最多 90 天供应量)	首选零售分摊费用 (网络内) (最多 90 天供应量)	邮购分摊费用 (最多 90 天供应量)
分摊费用第 1 级 (首选非品牌药物)	\$21	\$6	\$0
分摊费用第 2 级 (非品牌药物)	\$51	\$36	\$30
分摊费用第 3 级 (首选品牌药物)	\$135	\$120	\$120
分摊费用第 4 级 (非首选药物)	33%	33%	33%
分摊费用第 5 级 (特殊药物)	长期供应 不适用于第 5 级药物。	长期供应 不适用于第 5 级药物。	长期供应 不适用于第 5 级药物。

第 5.5 节 直到您该年药物总费用达到 \$4,130 前，您都停留在初始承保阶段

您会留在初始承保阶段，直到您已配药和续配药的处方药物总额到达初始承保阶段的限额 \$4,130 为止。

您的药物费用总额是您已支付的费用加上任何 D 部分计划已支付的费用：

- 自这一年首次购买药物开始计算，针对您已取得的所有承保药物的已支付的费用。（关于联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）如何计算您的自付款之详细信息，请参阅第 6.2 节。）其中包括：
 - 您在自付额阶段时支付的 \$445。
 - 您在初始承保阶段为您的药物分摊费用所支付的总额。
- 在初始承保阶段，针对您的药物分摊费用，本计划已支付的费用。（若您 2021 年的任一时间投保另一个 D 部分计划，该计划在初始承保阶段所支付的金额也计入您的药物费用总额。）

第 4 章 您为 D 部分处方药物支付的费用

我们寄发给您的 *福利说明* (EOB) 将能协助您追踪由您、计划以及任何第三方在这一年代表您花费了多少钱。许多人不会在一年内达到 **\$4,130** 的限额。

我们将让您知道您是否达到了这个 **\$4,130** 金额。当您到达这个金额时，您会从初始承保阶段进入非承保阶段。

第 6 节 在非承保阶段期间，您享有品牌药折扣以及支付非品牌药物不超过费用 25%

第 6.1 节 在您支付自付款达到 \$6,550 前，您处于非承保阶段

当您在非承保阶段时，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）非承保阶段折扣计划提供品牌药物的药厂折扣。您支付品牌药协商价格的 25% 以及一部分的配药费用。您支付的金额以及药厂的折扣金额均计入您的自付款，视为您已支付的费用并让您渡过非承保阶段。

您也会获得非品牌药物的部分承保。您需支付的非品牌药物费用不会超过 25%，余额将由计划支付。对于非品牌药物，计划所支付的金额 (75%) 不会计入您的自付款费用。只有您支付的金额会计入，并且让您脱离非承保阶段。

您继续支付品牌药的折扣价以及支付不超过 25% 的非品牌药物费用，直到您的年度自付费用到达联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）所设定的上限。在 2021 年，这个金额是 **\$6,550**。

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）已订立自付款的计算规则，指定哪些会纳入和不纳入计算。若您达到 **\$6,550** 自付款限额，您会从非承保阶段进入巨灾承保阶段。

第 4 章 您为 D 部分处方药物支付的费用

第 6.2 节 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）如何计算您的处方药物自付款

当我们追踪您的药物自付费用时，必须遵守下列联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的规则。

您的自付费用包含这些费用

您计算总自付款时，您可以计入下列支付费用（只要这些费用是 D 部分承保药物的费用而且您遵守本手册第 3 章所说明的药物承保规则）：

- 您在下列任一药物支付阶段所支付的药物费用：
 - 自付额阶段
 - 初始承保阶段
 - 非承保阶段
- 在您加入我们的计划之前，您在本日历年身为另一个联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划会员所支付的任何费用。

由谁支付很重要：

- 若您自己支付这些费用，则这些金额会计入您的自付款。
- 这些费用 *也会* 纳入计算，如果是由 **其他特定的个人或组织** 代表您支付的话。这包含您朋友或亲戚、多数慈善组织、艾滋病药物援助方案、符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）资格的州药物援助计划，或印第安健康服务为您药物支付的费用。由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）“额外补助”计划支付的费用也纳入计算。
- 由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）非承保阶段折扣计划所支付的部分费用也纳入计算。药厂支付的品牌药物费用会纳入计算。但是计划所支付的非品牌药物费用则不计入。

进入巨灾承保阶段：

当您（或是代表您支付的人）在日历年内已经支付总共 **\$6,550** 的自付费用，您便会从非承保阶段进入巨灾承保阶段。

第 4 章 您为 D 部分处方药物支付的费用

这些费用不计入您的自付款

您计算总自付款时，任何这些类型的处方药物费用均不得计入：

- 您支付的每月保费。
- 您在美国及其领土境外购买的药物。
- 我们的计划不承保的药物。
- 您在网外药房取得但是不符合本计划之网外承保要求的药物。
- 非 D 部分药物，包括 A 部分或 B 部分承保的处方药物以及其他联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保范围以外的其他药物。
- 您为处方药物支付的费用通常不在联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划中承保。
- 在非承保阶段本计划为您的品牌药或非品牌药物所支付的费用。
- 由团体健保计划包括雇主健保计划所支付的药物费用。
- 由特定保险计划和政府资助健保计划，例如美军卫生保健计划和退伍军人事务部，为您支付的药物费用。
- 由有法律义务支付处方费用的第三方（例如工伤赔偿保险）为您支付的药物费用。

提醒：若任何其他组织，如上述所列，支付您的部分或全部自付药物费用，您必须告知我们的计划。致电客户服务部电话来告诉我们（电话号码印于本手册封底）。

您要如何追踪自己的自付款总额？

- **我们会协助您。**我们寄发给您的 *D 部分福利说明*（D 部分 EOB）报告包含您目前的自付费用金额（本章第 3 节说明这份报告）。当您的年度自付款总额达 **\$6,550**，这份报告会通知您，您已从非承保阶段进入 巨灾承保阶段。
- **确保我们持有我们所需的信息。**第 3.2 节叙述您有哪些方法可以确保我们持有您已支付哪些费用的最新且完整的记录。

第 4 章 您为 D 部分处方药物支付的费用

第 7 节 在巨灾承保阶段期间，计划将支付您大部分的药物费用

第 7.1 节 只要您进入巨灾承保阶段，这一年的剩余时间您都会留在这个阶段

当该日历年的您的自付款到达 **\$6,550**，您便符合资格进入巨灾承保阶段。您只要进入巨灾承保阶段，您会留在这个阶段直至这个日历年结束。

在这个阶段，计划会支付您大部分的药物费用。

- 承保药物费用中**您分摊**的部分会是共同保险金或者自付款，视何者金额较大：
 - ~~—或—~~药物费用的 **5%** 共同保险金
 - ~~—或—~~非品牌药物或是视为非品牌药物使用的药物支付 **\$3.70**，而所有其他药物则支付 **\$9.20**。
- 我们的计划会支付其余的费用。

第 8 节 针对 D 部分承保的接种疫苗您要支付的费用取决于您如何及在何处接种

第 8.1 节 我们的计划可能把 D 部分疫苗药物本身的承保与为您接种疫苗的费用分开计算

我们计划承保数种 D 部分疫苗。接种疫苗的承保分为两个部分：

- 承保的第一部分是**疫苗药物本身**的费用。疫苗是处方药物。
- 承保的第二部分是**您接种疫苗**的费用。（有时会称为“施打”疫苗。）

对于 D 部分疫苗您支付哪些费用？

您要支付 D 部分疫苗的哪些费用，取决于三件事：

1. **疫苗种类**（您要接种什么样的疫苗）。
 - 一些疫苗被认定为 D 部分药物。本计划的**承保药物清单**（*药物名册*）中列出了这些疫苗。
 - 其他疫苗被认定为医疗福利。它们在原始联邦医疗保险 (Medicare，即红蓝卡)。

第 4 章 您为 D 部分处方药物支付的费用

2. 您在哪里接种疫苗。

3. 谁为您接种疫苗。

您接受 D 部分疫苗接种时所支付的费用可能因情况而异。例如：

- 有时候，您接种疫苗时必须支付疫苗药物以及疫苗接种两方面的所有费用。您可以要求本计划把分摊的费用退还给您。
- 其他时候，当您接种疫苗或取得疫苗时，只需要支付您的分摊费用。

为了显示这如何运作，以下是您可以取得 D 部分疫苗的三种常见方法。在您保险受益的自付额与非承保阶段，您必须负担与疫苗相关的所有费用（包括接种）。

情况 1: 您在药房购买 D 部分疫苗并在网络药房接种疫苗。（您是否有这个选择，取决于您居住的地方。有些州属不允许药房接种疫苗。）

- 您必须向药房支付该疫苗的共同保险金或自付款以及您接种疫苗的费用。
- 我们的计划将支付其余的费用。

情况 2: 您在医生诊所接种 D 部分疫苗。

- 当您接种疫苗时，您将支付疫苗及接种的所有费用。
- 您可以按照本手册第 5 章的说明，要求我们的计划支付分摊费用（要求我们分摊支付承保药物帐单）。
- 您支付的金额扣除疫苗（包括接种）的正常共同保险金或自付款，减去医生收取的费用和我们通常支付的费用之间的差额，便是您的退款金额。（如果您得到“额外补助”，我们会补偿您的差额。）

情况 3: 您在药房购买 D 部分疫苗，然后把疫苗带到医生诊所并由他们为您接种。

- 您必须支付给药房该疫苗本身的共同保险金或自付款金额。
- 当您的医生为您接种疫苗，您将支付这项服务的所有费用。接着，您可以利用本手册第 5 章描述的程序，要求我们的计划支付分摊费用。

第 4 章 您为 D 部分处方药物支付的费用

- 您将得到医生为接种疫苗收取的费用的补偿，减去医生收取的费用与我们通常支付的费用之间的差额。（如果您得到“额外补助”，我们会补偿您的差额。）

第 8.2 节 您可能需要在接种疫苗之前联系客户服务部

接种疫苗的承保规则很复杂。我们乐于为您提供协助。我们建议您在计划接种疫苗时先致电客户服务部。（客户服务部的电话号码印于本手册的封底。）

- 我们可以告诉您我们的计划如何承保接种疫苗并解释您的分摊费用。
- 我们可以告诉您如何利用我们网络内的医疗服务提供方和药房来降低费用。
- 若您无法使用网络医疗服务提供方和药房，我们可以告诉您要怎么做才可以让我们支付相关的分摊费用。

第 5 章

要求我们支付我们的承保药物分摊费用

第 5 章 要求我们支付我们的承保药物分摊费用

第 5 章 要求我们支付我们的承保药物分摊费用

第 1 节	您应该要求我们分摊支付您的承保药物之费用的各种情况	85
第 1.1 节	若您支付的承保药物费用中包含我们的计划之分摊费用，您可以要求我们支付	85
第 2 节	如何要求我们退还您支付的款项	86
第 2.1 节	付款申请的寄送方法与收件处	86
第 3 节	我们会考虑您的付款申请然后表示同意或不同意	87
第 3.1 节	我们检查是否应承保药物以及我们的应付费用的	87
第 3.2 节	若我们通知您，表示我们不会全额或部分支付药物的费用，您可以提出上诉	87
第 4 节	您应该保存收据并把副本寄送给我们的其他情况	87
第 4.1 节	在某些情况下，您应该把收据副本寄送给我们，让我们能追踪您的自付款	87

第 5 章 要求我们支付我们的承保药物分摊费用

第 1 节 您应该要求我们分摊支付您的承保药物之费用的各种情况

第 1.1 节 若您支付的承保药物费用中包含我们的计划之分摊费用，您可以要求我们支付

当您取得处方药物时，有时候您可能得立即支付全额费用。其他时候，您可能发现，在计划的承保规则之下，您所支付的费用高于预期。在任一情况下，您可以要求我们的计划把钱还给您（还钱给您通常称为“报销”）。

以下是一些示例，在这种情况下您可能得要求我们的计划把钱还给您。所有这些示例都是承保裁定的示例（关于承保裁定的详细信息，请参阅本手册第 7 章）。

1. 当您使用网外药房进行配药时

若您到网外药房并想要使用您的会员资格凭处方配药，药房可能无法直接向我们申请理赔。发生那样的情况时，您必须支付处方药的全额费用。（仅在少数特殊情况下我们才会承保网外药房处方配药。请参阅第 3 章第 2.5 节了解更多。）

请保存您的收据，并在您要求我们把分摊费用退还给您时把副本寄送给我们。

2. 当您因为未携带计划会员卡而支付处方之全额费用时

若您未携带计划会员卡，您可以要求药房与本计划联系或是查找您的投保信息。不过，若是药房无法马上找到所需的投保信息，您可能需要自行支付处方的全额费用。

请保存您的收据，并在您要求我们把分摊费用退还给您时把副本寄送给我们。

3. 当您基于其他情况而支付处方的全额费用时

您可能因为发现该药物因某些原因未获承保而必须支付处方的全额费用。

- 比如，该药物未列入本计划的 *承保药物清单（药物名册）*；或者它有一项您不清楚或觉得本身不适用的要求或限制。若您决定要立即取得药物，您可能要支付全额费用。
- 保存您的收据并在要求我们退款时把副本寄送给我们。在某些情况下，我们需要您的医生提供更多信息，才能把我们的分摊费用退还给您。

4. 若您以追溯加保的方式投保我们的计划

有时候，一个人在计划中的投保可以追溯。（追溯表示投保计划的第一天已经过去。投保日期甚至可能是去年。）

第 5 章 要求我们支付我们的承保药物分摊费用

若您以追溯加保方式参加我们的计划，而且在投保日之后您自行支付任何药物的费用，您可以要求我们把分摊的费用退还给您。您必须提交书面文件，我们才能处理退款事宜。

请联系客户服务部，取得如何要求我们退款以及提出申请之截止日期的其他信息。
(客户服务部的电话号码印于本手册的封底。)

上述所有示例都是各种承保裁定。意思是，若我们拒绝您的支付要求，您可以对我们的裁定提出上诉。本手册第 7 章（您有问题或投诉（承保裁定、上诉、投诉）时要怎么做）提供如何提出上诉的信息。

第 2 节 如何要求我们退还您支付的款项

第 2.1 节 付款申请的寄送方法与收件处

把您的付款申请寄送给我们，连同用于记录您已付款的收据。您应该保存收据及其副本作为记录。

为了确保您提供所有必要信息以便我们裁定，您可以填写我们的理赔表单来提出付款申请。

- 您不必使用这个表单，但是它将协助我们加速处理信息。
- 从我们的网站 (emblemhealth.com/medicare) 下载表单或是致电客户服务部索取表单。（客户服务部的电话号码印于本手册的封底。）

把您的付款请求连同任何收件，寄送到以下地址：

Express Scripts
ATTN: Medicare Part D
P.O. Box 14718
Lexington, KY 40512-4718

您必须在收到服务、物品或药物后 **120 天内向我们提出理赔**。

若您有任何疑问请联系客户服务部（电话号码印于本手册封底）。若您不知道您应该支付哪些费用，我们可以提供协助。您也可以联系我们，针对您已经寄送给我们的付款申请提供更多信息。

第 5 章 要求我们支付我们的承保药物分摊费用

第 3 节 我们会考虑您的付款申请然后表示同意或不同意

第 3.1 节 我们检查是否应承保药物以及我们的应付费用

当我们收到您的付款申请，我们会让您知道是否需要提供更多信息。否则，我们会考虑您的申请并作出承保裁定。

- 若我们决定承保该药物而且您取得药物完全遵照所有规则，我们会支付分摊的费用。我们会把分摊费用以邮寄方式退还给您。（第 3 章说明为让您的 D 部分处方药物获得承保您需遵守的规则。）我们将在收到您的请求后 30 天内给您发送付款。
- 若我们裁定该药物不承保，或是您并未遵守所有规则，我们不会支付分摊费用。相反的，我们会寄发一封信给您，解释我们为何未就您的付款申请予以退款以及您享有对此裁定提出上诉的权利。

第 3.2 节 若我们通知您，表示我们不会全额或部分支付药物的费用，您可以提出上诉

若您认为我们拒绝您的付款申请是错误的决定，或您不同意我们支付的金额，您可以提出上诉。若您提出上诉，表示您要求我们改变拒绝您的付款申请的裁定。

关于如何提出上诉的详细信息，请参阅本手册第 7 章（*如果您有问题或投诉意见，该怎么办（承保裁定、上诉、投诉）*）。上诉程序是正式的程序，包含详细的步骤与重要的截止日期。若您没有提出上诉的经验，请阅读第 7 章第 4 节的实用信息。第 4 节是简介，解释承保裁定与上诉的程序以及定义“上诉”一类术语。在阅读第 4 节之后，您可以转到第 7 章第 5.5 节，了解有关如何提交诉讼的详细步骤解释。

第 4 节 您应该保存收据并把副本寄送给我们的其他情况

第 4.1 节 在某些情况下，您应该把收据副本寄送给我们，让我们能追踪您的自付款

有些情况下您应该让我们知道您支付了哪些药物费用。在这些情况中，您并不是要求我们支付。相反的，您是告诉我们您已付款，好让我们正确计算您的自付款。这样做有助于您加速符合资格进入巨灾承保阶段。

以下有两种情况，您应该寄送收据副本给我们，让我们知道您已支付的药物费用：

第 5 章 要求我们支付我们的承保药物分摊费用

1. 当您购买药物的价格低于我们的价格

有时候，当您处于自付额段时，您可以在**网络药房**购买药物且其价格低于我们的价格。

- 例如，一家药房可能以优惠价提供该药物。或者您可能拥有一张折扣卡，不在我们的保险福利范围内但价格较低。
- 除非特殊情况，在这些情况下您必须使用网络药房而且您的药物必须在药物清单上。
- 保存您的收据并寄送一份副本给我们，让我们计算您的自付费用，以便在符合资格时进入巨灾承保阶段。
- **请注意：**若您在自付额阶段，我们可能不会支付这些药物的任何分摊费用。但是寄送收据副本给我们，不但能正确计算您的自付费用，还能让您加速符合资格进入巨灾承保阶段。

2. 当您通过药厂提供的患者协助计划取得药物时

有些会员投保由药厂提供的患者协助计划，但那不在计划的福利范围内。若您通过由药厂提供的计划取得药物，您可以向患者协助计划支付自付款。

- 保存您的收据并寄送一份副本给我们，让我们计算您的自付费用，以便在符合资格时进入巨灾承保阶段。
- **请注意：**因为您通过患者协助计划取得药物而非通过计划的福利，我们不会支付这些药物的任何分摊费用。但是寄送收据副本给我们，不但能正确计算您的自付费用，还能让您加速符合资格进入巨灾承保阶段。

由于您在上述两种情况下不会要求我们付款，这些情况不被认定为承保裁定。因此，若您不同意我们的裁定，您无法提出上诉。

第 6 章

您的权利与责任

第 6 章 您的权利与责任

第 6 章 您的权利与责任

第 1 节	我们的计划应尊重您身为计划会员的权利	91
第 1.1 节	我们必须使用适合您的方式提供信息（使用英语以外的语言、使用盲文、大字体印刷或其他替代格式等。）	91
第 1.2 节	我们必须确保您及时获得承保药物	91
第 1.3 节	我们应保护您的个人健康信息之隐私权	92
第 1.4 节	我们必须提供给您关于本计划、其药房网络和您的承保药物之信息 ...	93
第 1.5 节	我们应支持您对自己的医疗护理之决定权	94
第 1.6 节	您有权提出投诉并要求我们复议已经做出的裁定	95
第 1.7 节	若您认为自己受到不公平待遇或是您的权利未被尊重时，该怎么做？	95
第 1.8 节	如何取得关于您的权利之详细信息	96
第 2 节	身为计划会员您有一些责任	97
第 2.1 节	您有哪些责任？	97

第 6 章 您的权利与责任

第 1 节 我们的计划应尊重您身为计划会员的权利

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. Information is available for free in other languages. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet.)

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact our plan's Customer Service for additional information.

第 1.1 节 我们必须使用适合您的方式提供信息（使用英语以外的语言、使用盲文、大字体印刷或其他替代格式等。）

如需我们以适合您的方式提供信息，请联系客户服务部（电话号码印于本手册封底）。

我们的计划备有人员及免费的翻译服务，回答失能人士和非英语系会员的问题。免费提供其他语言版本的信息。我们也可以用盲文、大字体印刷或其他替代格式提供信息给您，这些完全免费。我们必须为您提供关于计划福利的信息，用方便您取得且适合您的格式提供给您。如需我们以适合您的方式提供信息，请联系客户服务部（电话号码印于本手册封底。）

若您无法方便取得我们的计划信息且格式也不适合您使用，请联系客户服务部提出申诉（电话号码印于本手册封底）。您可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 或直接联系民权办公室向联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）提出投诉。联系信息包含在此承保证明或此邮件中，或者您可以联系我们计划的客户服务部取得更多信息。

第 6 章 您的权利与责任

第 1.2 节 我们必须确保您及时获得承保药物

作为我们计划的会员，您享有权利，可在任何网络药房完成处方配药或续配药且不会有太多耽搁。若您认为您并未在合理的时期内获得 D 部分药物，本手册第 7 章第 7 节会告诉您该怎么做。（若我们拒绝承保您的处方药物，而您不同意我们的裁定，第 7 章第 4 节会告诉您该怎么做。）

第 1.3 节 我们应保护您的个人健康信息之隐私权

联邦与州法令会保护您的医疗记录及个人健康信息的隐私权。我们会依照这些法律规定保护您的个人健康信息。

- 您的“个人健康信息”包括您在投保本计划时提供给我们的个人信息以及您的医疗记录和其他医疗和健康信息。
- 保护隐私权的法律赋予您关于取得信息以及控制如何使用您的健康信息的权利。我们提供您一份称作“隐私政策通告”的书面通知，说明这些权利并解释我们如何保护您的健康信息之隐私。

我们如何保护您的健康信息的隐私权？

- 我们保证未经授权的人士看不到也无法变更您的记录。
- 在大多情况中，若我们向未为您提供医疗护理或支付医疗费用的任何人提供您的健康信息，*我们必须事先取得您的书面许可*。您本人或您授予法律权力为您做决定的人可给予书面许可。
- 在特定的例外情况下，我们不需要事先取得您的书面许可。这些例外情况是法律所允许或要求的。
 - 例如，我们必须把健康信息交给政府机关以便检查医疗质量。
 - 因为您通过联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）成为我们的计划会员，我们必须把您的健康信息交给联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），包括关于您的 D 部分处方药物的信息。若联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）基于研究或其他用途披露您的信息，一定会遵守联邦法规和条例执行。

第 6 章 您的权利与责任

您可以查看您的记录信息并知道这些信息与他人分享的情况

您有权查看计划所持有的您的医疗记录，并取得您的记录副本。我们可向您收取制作副本的费用。您也有权利要求我们增订或更正您的医疗记录。若您要求我们这么做，我们会与您的医疗服务提供方合作，以判断是否应该进行相关变更。

您有权知道您的健康信息如何因非常规目的与他人分享。

若您对于个人健康信息的隐私权有疑问或疑虑，请致电客户服务部（电话号码印于本手册封底）。

第 1.4 节 我们必须提供给您关于本计划、其药房网络和您的承保药物之信息

作为安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 会员，您有权从我们这里得到一些种类的信息。（如第 1.1 节所述，您有权向我们索取适合您使用的信息，包括提供英文以外其他语言版本的信息以及大字体印刷或其他替代格式。）

若您想要下列任何一种信息，请联系客户服务部（电话号码印于本手册封底）：

- **关于我们计划的信息。**包括，例如，本计划财务状况的信息。这也包括会员提出上诉的次数及计划的绩效评等的信息，包含计划会员所做的评等以及它与其他联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划的比较。
- **关于我们网络药房的信息。**
 - 例如，您有权获取我们的网络中药房的相关信息。
 - 如需本计划网络的药房清单，请参阅 *药房目录*。
 - 关于我们的医疗服务提供方或药房的详细信息，您可以致电客户服务部（电话号码印于本手册封底），或访问我们的网站 emblemhealth.com/medicare。
- **关于您的承保以及使用您的承保时必须遵守的规则之信息。**
 - 关于您的 D 部分处方药物承保的详细信息，请参阅本手册第 3 和 4 章加上本计划的 *承保药物清单（药物名册）*。这些章节连同 *承保药物清单（药物名册）*，告诉您哪些药物获得承保，并说明您必须遵守的规则以及特定药物有哪些承保限制。
 - 关于规则或限制若有任何问题，请联系客户服务部（电话号码印于本手册封底）。

第 6 章 您的权利与责任

- 关于为何不承保某些内容以及您要怎么做信息。
 - 若不承保您的 D 部分药物，或是万一您的承保受到某种限制，您可以要求我们提出书面解释。就算您从网外药房获得药物，您也有权利要求解释。
 - 若您对于我们裁定您有哪些 D 部分药物承保的结果感到不满意或不同意，您有权要求我们改变裁定。您可以提出上诉，要求我们变更裁定。关于您认为某些内容应该以某种方式承保但是却不承保时要怎么做，请参阅本手册第 7 章了解详细信息。它提供相关详细信息，告诉您若我们要变更裁定时应如何提出上诉。（第 7 章也说明如何就医疗质量、等候时间和其他疑虑作出投诉。）
 - 若您想要求我们的计划就 D 部分处方药物的费用支付分摊费用，请参阅本手册第 5 章。

第 1.5 节 我们应支持您对自己的医疗护理之决定权

若您无法为自己做出医疗裁定，您有权指示应该如何完成

有时候，人们因为意外受伤或重病而无法为自己做出医疗裁定。若这种状况发生在您身上，您有权决定怎么做。这表示，*按照您的意愿*，您可以：

- 填写书面表格**授予某人法律权力**，在您无法自行做出决定时，代您做出医疗决定。
- **用书面方式给医生指示**，说明在您无法自行做出决定时，您要求他们如何处理您的医疗护理。

在这些情况下您可以用来提前指示处理方法的法律文件称为“**医疗护理事前指示**”。医疗护理事前指示有不同的类型和不同的名称。称为“**遗嘱**”和“**医疗授权委托书**”的文件均为医疗护理事前指示的范例。

若您想要使用“医疗护理事前指示”来提出指示，以下是相关做法：

- **取得表格。**若您想要提出医疗护理事前指示，您可以向律师、社工或是某些办公用品商店索取表格。有的时候您可以向那些为民众提供联邦医疗保险（**Medicare**，即红蓝卡）相关信息的组织索取医疗护理事前指示表格。您也可以联系客户服务部索取表格（电话号码印于本手册封底）。
- **填写表格并署名。**无论您在哪里索取这份表格，请谨记这是一份法律文件。您应该考虑让律师帮助您准备文件。

第 6 章 您的权利与责任

- **把副本交给适当的人。**您应把表格副本交给您的医生，以及您在表格上注明当您无法自行决定时代表您做决定的那个人。您也可以把副本交给密友或家人。请务必在家中保留一份副本。

若您提早知道自己会住院，而且已签署医疗护理事前指示，**在前往医院时请携带一份副本。**

- 若您住院了，他们会问您是否已签署医疗护理事前指示表格以及您是否随身携带。
- 若您未签署医疗护理事前指示表格，医院会提供表格并询问您是否要签署。

请记得，是否要填写医疗护理事前指示是您的个人选择（包括您在医院时是否要签署）。根据法律，没有人可以因为您是否签署了医疗护理事前指示而拒绝向您提供医疗护理或有所歧视。

若您的指示不受遵从，该怎么做？

若您签署了医疗护理事前指示，而您认为医生或医院并未遵照其中指示，您可以向纽约州卫生署提出投诉。若您要对一家医院提出投诉，您应致电 1-800-804-5447。若您想要对医生提出投诉，您应致电 1-800-663-6114。

第 1.6 节 您有权提出投诉并要求我们复议已经做出的裁定

若您对于承保服务范围或医护有任何问题或疑虑，本手册第 7 章会告诉您该怎么做。它详细说明了如何处理各种类型的问题和投诉。您需要做什么来跟进一个问题或关切则取决于情况。您可能要求我们的计划对您作出承保裁定、提出上诉要求变更承保裁定，或是提出投诉。无论您做什么，要求承保裁定、提出上诉或是提出投诉，**我们都必须公平对待您。**

您有权索取我们的计划其他会员在过去曾提出的上诉和投诉的信息一览表。要取得这份信息，请联系客户服务部（电话号码印于本手册封底）。

第 1.7 节 若您认为自己受到不公平待遇或是您的权利未被尊重时，该怎么做？

若是发生歧视，请联系民权办公室

若您认为自己因为种族、身障、宗教、性别、健康、族裔、教义（信仰）、年龄或原国籍而受到不公平待遇或您的权利未被尊重时，您应联系美国卫生及公共服务部之下的**民权**

第 6 章 您的权利与责任

办公室，电话是 1-800-368-1019 或听力或语言障碍人士 TTY 专线 1-800-537-7697，或联系您当地的民权办公室。

是其他情况吗？

若您认为自己虽然未受到歧视，但受到不公平待遇或您的权利未被尊重，您可以寻求协助来解决问题：

- 您可以**联系客户服务部**（电话号码印于本手册封底）。
- 您可以**联系州健康保险协助方案**。关于这个组织的详细信息以及联系方式，请至第 2 章第 3 节。
- 或者，您可以致电**联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）**，电话是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服务时间为每周 7 天，一天 24 小时。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 1-877-486-2048。

第 1.8 节	如何取得关于您的权利之详细信息
---------	-----------------

您有若干方式可以取得与您的权利相关的信息：

- 您可以**联系客户服务部**（电话号码印于本手册封底）。
- 您可以**联系州健康保险协助方案**。关于这个组织的详细信息以及联系方式，请至第 2 章第 3 节。
- 您可以联系**联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡)**。
 - 您可以访问联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）网站，阅读或下载出版物《联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）权利与保护》(Medicare Rights & Protections)。（取得出版物请至：www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf。）
 - 或者，您可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服务时间为每周 7 天，一天 24 小时。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 1-877-486-2048。
 - 您还有权就组织的会员权利和责任政策提出建议。

第 6 章 您的权利与责任

第 2 节 身为计划会员您有一些责任

第 2.1 节 您有哪些责任？

身为计划会员，您必须做的事列示如下。若您有任何问题，请联系客户服务部（电话号码印于本手册封底）。我们乐于提供协助。

- **深入了解您的承保服务范围以及得到这些承保服务范围必须遵守哪些规则。** 使用这份承保证明手册来了解您享有哪些承保药物，以及您取得承保服务范围必须遵守的规则。
 - 第 3 和 4 章详细说明您的 D 部分处方药物承保。
- **若除了我们的计划以外，您还有任何其他处方药物承保，您必须告知我们。** 请联系客户服务部告知我们情况（电话号码印于本手册封底）。
 - 我们必须遵守由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）订立的规则，确保您取得我们的计划提供的承保药物时，能够结合运用您所有的承保。这称为“**保险福利协调**”，因为其中牵涉协调我们的计划给您提供的药物福利以及您可以获得的任何其他药物福利。我们协助您协调保险福利。（关于保险福利协调的更多信息请参阅第 1 章第 10 节。）
- **告诉您的医生和药剂师您投保了我们的计划。** 每当您取得 D 部分处方药物时，请出示您的计划会员卡。
- **提供相关信息、提问以及跟进您的医护情况，协助您的医生和其他医疗服务提供方为您服务。**
 - 为了协助您的医生和其他医疗服务提供方给您最好的医疗护理，请尽量深入了解您的健康问题并把您本身和健康相关的信息提供给他们。遵照您和医生均同意的治疗计划和医嘱。
 - 确保您的医生知道您所服用的所有药物，包括非处方药、维生素和营养补充品。
 - 若您有任何问题，请务必提问。您的医生和其他医疗服务提供方理应用您能理解的方式向您解说。若您提出一个问题，但是却无法理解对方提供的答案，请再次发问。
- **支付您的应付费。** 身为计划会员，您有责任支付下列费用：
 - 您必须支付您的计划保费，才能继续保持计划会员的身份。

第 6 章 您的权利与责任

- 对于本计划承保的大部份药物，当您取得药物时，必须支付您的分摊费用。这将是自付款（定额）或共同保险金（总额的百分比）第 4 章说明您必须为 D 部分处方药物支付的费用。
- 若您取得任何本计划或您投保的其他保险不承保的药物，您必须支付全额费用。
 - 若您不同意我们拒绝承保某项药物的裁定，您可以提出上诉。关于如何提出上诉的信息请参阅本手册第 7 章。
- 若您必须支付延迟投保罚款，则须支付罚款才能继续成为计划会员。
- 若您因为年收入的关系必须支付 D 部分额外费用，您必须向政府直接支付额外费用，才能保留计划会员的身份。
- **若您搬家请告诉我们。**若您将要搬家，请马上告诉我们。联系客户服务部（电话号码印于本手册封底）。
 - **若您搬家到本计划的服务地区以外，您无法保留计划会员的身份。**（第 1 章说明我们的服务地区。）我们可以协助您确认是否搬家到我们的服务地区以外。若您离开我们的服务地区，您享有特殊投保期，可以加入新区的任何可参加的联邦医疗保险计划（Medicare，即红蓝卡）。若我们在您所在的新区有保险计划，我们会通知您。
 - **若您搬家到我们的服务地区之内，仍然必须告知我们，以更新您的会员记录并确认您的联系方式。**
 - 若您搬家，也务必要告知社会安全局（或是铁路退休委员会）。这些机构的电话号码和联系信息请参阅第 2 章。
- **若您有问题或疑虑，请联系客户服务部寻求协助。**若您对于改善本计划有任何建议，我们亦无任欢迎。
 - 客户服务部的电话号码和服务时间印于本手册封底。
 - 关于如何联系我们的详细信息，包括我们的邮寄地址，请参阅第 2 章。

第 7 章

若您有问题或投诉意见，该怎么办
(承保裁定、上诉、投诉)

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

第 1 节	简介	102
第 1.1 节	您有问题或疑虑时该怎么做	102
第 1.2 节	关于法律条款	102
第 2 节	您可以向与我们没有关联的政府组织寻求协助	103
第 2.1 节	如何取得更多信息和个人协助	103
第 3 节	要处理您的问题，应该使用哪种流程？	103
第 3.1 节	您应否使用承保裁定与上诉的流程？ 或者您应该使用提出投诉的流 程吗？	103
承保裁定与上诉		104
第 4 节	承保裁定与上诉基本知识指南	104
第 4.1 节	要求承保裁定与提出上诉：概论	104
第 4.2 节	当您要求承保裁定或提出上诉时如何寻求协助	105
第 5 节	您的 D 部分处方药物：如何要求承保裁定或提出上诉	106
第 5.1 节	本小节说明您在取得 D 部分药物或要求我们退还 D 部分药物的付款 时遇到问题该怎么做	106
第 5.2 节	什么是例外处理？	108
第 5.3 节	关于要求例外处理的重要事项	110
第 5.4 节	详细步骤：如何要求承保裁定，包括例外处理	111
第 5.5 节	详细步骤：如何提出第 1 级上诉（如何要求审查我们的计划所做的 承保裁定）	114
第 5.6 节	详细步骤：如何提出第 2 级上诉	116
第 6 节	上诉进入第 3 级以上	118
第 6.1 节	针对 D 部分药物请求的第 3、4 和 5 级上诉	118

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

投诉	120
第 7 节 医疗质量、等候时间、客户服务部和其他疑虑等投诉	120
第 7.1 节 投诉流程处理什么样的问题?	120
第 7.2 节 “投诉”的正式名称为“提出申诉”	121
第 7.3 节 详细步骤：投诉	122
第 7.4 节 您也可以针对医疗质量向质量促进组织投诉	123
第 7.5 节 您也可以告诉联邦医疗保险（即红蓝卡）有关您的投诉	124

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办 (承保裁定、上诉、投诉)

第 1 节 简介

第 1.1 节 您有问题或疑虑时该怎么做

本章解释处理问题和疑虑的两种不同流程：

- 有些类型的问题，您必须使用**承保裁定与上诉的流程**。
- 其他类型的问题，您必须使用**投诉的流程**。

这些流程均已获得联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）批准。为了确保公平并及时处理您的问题，每个流程都有一套规则、程序和截止日期，我们与您必须共同遵守。

您使用哪一种？取决于您面对什么问题。第 3 节的指南会协助您确认适合使用的流程。

第 1.2 节 关于法律条款

本章所叙述的规则、程序和截止日期类型中，有些必须遵守技术性的法律条款。人们大多不熟悉这类条款，而且这些条款可能艰涩难懂。

为了简化，本章用更简单的语句取代特定法律条款来解释法律条规与程序。例如，本章叙述时一般使用“提出投诉”而不是“申诉”，使用“承保裁定”而不是“承保内容确认”或“风险裁决”，以及使用“独立审查组织”而不是“独立审查实体”。文内也尽量避免使用缩写。

不过，了解您所处情况的正确法律条款不但实用，有时候也很重要。知道要使用哪些条款，有助于您在处理问题时更清楚且更精准表达您的意思，并针对您的状况取得适当的协助或信息。为了协助您了解可以使用哪些条款，我们在提供处理特定类型状况的详细信息时会包含法律条款。

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办 (承保裁定、上诉、投诉)

第 2 节 您可以向与我们没有关联的政府组织寻求协助

第 2.1 节 如何取得更多信息和个人协助

要开始处理一个问题或是跟进其处理流程，您有时候可能觉得状况混乱不明。若您身体不适或体力不足时，这种情况尤为明显。其他时候，您可能没有足够的知识，故无法进行下个步骤。

向独立的政府机构求助

我们随时伸出援手。但在某些情况下，您也可能想要向与我们无关的人寻求协助或指引。您随时可以联系州**健康保险协助方案 (SHIP)**。这个政府计划在每一州均设有训练有素的顾问。该计划与我们或是任何保险公司或健保计划均无关联。这个计划的顾问可以协助您了解您需要解决的问题应该使用哪个流程。他们也可以回答您的问题，提供更多信息及指引您如何应对。

SHIP 顾问提供免费服务。本手册的第 2 章、第 3 节载有电话号码。

您可向联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）寻求帮助及索取信息

关于处理问题的详细信息和协助，您也可以联系联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）。以下两种方法可直接向联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）索取信息：

- 您可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服务时间为每周 7 天，一天 24 小时。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 1-877-486-2048。
- 您可以访问联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）网站 (www.medicare.gov)。

第 3 节 要处理您的问题，应该使用哪种流程？

第 3.1 节 您是否使用承保裁定与上诉的流程？ 或者您应该使用提出投诉的流程吗？

若您有问题或疑虑，您仅需阅读本章中与您的状况相符的部分内容。所附指南能协助您解决。

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办 (承保裁定、上诉、投诉)

要了解本章哪个部分能帮助您解决特定问题或疑虑，请[从这里开始](#)

您的问题或疑虑与保险福利或承保内容有关？

(这些问题包括特定的医疗护理或处方药物是否获得承保、以什么方式承保，以及医疗护理或处方药物付款相关问题。)

是的。我的问题与保险福利或承保有关。

请至本章的下一章节，**第 4 节“承保裁定与上诉基本知识指南”**。

不是。我的问题与保险福利或承保无关。

直接跳到本章末端的**第 7 节：“如何就医疗质量、等候时间、客户服务或其他疑虑提出投诉”**。

承保裁定与上诉

第 4 节 承保裁定与上诉基本知识指南

第 4.1 节 要求承保裁定与提出上诉：概论

承保裁定与上诉的流程会处理与您的处方药物之福利和承保相关的问题，包括费用支付方面的问题。对于药物是否有承保以及用何种方式承保这一类问题，您应该使用这个流程。

要求承保裁定

承保裁定是我们对于您的福利和承保或是我们会为您的处方药物支付的金额所做的裁定。

每当我们裁定为您承保哪些项目及支付多少金额时，便是在为您做出承保裁定。在某些情况下，我们可能会裁定某项药物不在联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）承保范围内，或者联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）不再为您承保。若您不同意此承保裁定，您可以提出上诉。

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

提出上诉

若我们做出承保裁定而您对于裁定不满意，您可以对裁定提出“上诉”。上诉是通过正式渠道要求我们审查并改变所做的承保裁定。

在您首次提出裁定上诉时，这个行为称为第 1 级上诉。在此上诉中，我们审查所做的承保裁定，检查我们是否正确遵守所有规则。您的上诉会由不同的审查者处理，而不是当初作出不利于您的裁定者。完成审查之后我们会将裁定告诉您。在特定情况下，您可以要求加速或“快速承保裁定”或是承保裁定快速上诉，我们会在稍后说明这些内容。

若我们否决您的全部或部分第 1 级上诉，您可以寻求第 2 级上诉。第 2 级上诉由与我们无关的独立审查组织执行。如果您对第 2 级上诉的裁定不满意，您可以继续上诉。

第 4.2 节 当您要求承保裁定或提出上诉时如何寻求协助

您是否需要协助？若您决定要求任何类型的承保裁定或对裁定提出上诉，以下是您可以利用的资源：

- 您可以联系我们的客户服务部（电话号码印于本手册封底）。
- 您可以从您的州医疗保险援助方案获得免费帮助（请参阅本章第 2 节）。
- 您的医生或其他处方药开立者可以为您提出请求。至于 D 部分处方药物，您的医生或其他开立处方者可以代表您申请承保裁定或提出第 1 级或第 2 级上诉。如需申请第 2 级以后的任何上诉，您必须指定您的医生或其他开立处方者为代表。
- 您可以要求某个人代表您行事。若您愿意，您可以指定另一个人为“代表”，代您要求承保裁定或提出上诉。
 - 在州法之下，可能有人已获合法授权成为您的代表。
 - 若您想要让一位朋友、亲戚、您的医生或其他处方药开立者或其他人成为您的代表，请联系客户服务部（电话号码印于本手册封底）并索取“指定代表”表格。（下载表格可至联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的网站：www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf，或到我们的网站 emblemhealth.com/medicare。）填写表格将授权该人代表您行事。您本人以及您指定为代表的人均须署名。您必须提供一份已署名的表格副本给我们。

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

- 您也有权聘请律师代表您行事。您可以联系自己的律师，或从本地律师协会或转介服务机构指定一位律师。若您符合条件，也会有团体为您提供免费法律服务。不过，您无需聘请律师才能提出任何类型承保裁定或对裁定提出上诉。

第 5 节 您的 D 部分处方药物：如何要求承保裁定或提出上诉



您是否已阅读本章第 4 节（*承保裁定与上诉基本知识指南*）？若未阅读，请先阅读之后再次阅读本小节。

第 5.1 节 本小节说明您在取得 D 部分药物或要求我们退还 D 部分药物的付款时遇到问题该怎么做

身为我们的计划会员，您的保险福利包括许多处方药物承保。请参考我们计划的*承保药物清单（药物名册）*。药物必须用于医疗上公认的适应症才有承保。（“医疗上公认的适应症”是指在美国食品药品监督管理局批准或获得特定参考书籍支持的条件下使用药物。参阅第 3 章第 3 节了解医疗上接受的适应症之详细信息。）

- 此小节仅说明 D 部分药物。为了简化，我们一般在本节内使用“药物”一词，而不是一再重复“承保门诊处方药”或“D 部分药物”。
- 关于 D 部分药物之定义的详细信息，*承保药物清单（药物名册）*、承保的规则与限制以及费用信息，请参阅第 3 章（*针对 D 部分处方药物使用计划的承保内容*）以及第 4 章（*您为 D 部分处方药物支付的费用*）。

D 部分承保裁定与上诉

如本章第 4 节的讨论，承保裁定是我们针对您的福利与承保或我们为您支付多少金额的药物费用的裁定。

法律条款

D 部分药物的初始承保裁定称为“承保内容确认”。

以下是您要求我们针对 D 部分药物做出承保裁定的示例：

- 您要求我们例外处理，包括：

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

- 要求我们承保一项 D 部分药物，但该药物未列入本计划的 *承保药物清单* (*药物名册*)
- 要求我们免除本计划之药物承保内容的某项限制（例如您可以取得之药物数量限制）
- 针对在分摊费用较高级别的承保药物，要求支付较低的分摊费用金额
- 您询问某项药物是否承保以及您是否符合任何适用的承保规则。（例如，当您的药物出现在计划的 *承保药物清单* (*药物名册*) 上，但是您必须先获得我们批准，我们才能提供承保。）
 - *请注意：*若您的药房告诉您，您无法按照处方笺配药，药房将会给您一份书面通知，说明如何联系我们要求承保裁定。
- 您要求我们支付您已经购买的处方药物。这是与付款有关的承保裁定申请。

若您不同意我们做出的承保裁定，您可以对裁定提出上诉。

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

本章节将叙述如何要求承保裁定以及如何申请上诉。使用下表协助您判定哪一部分的信息与您的情况相符：

您面临哪一种情况？

若您处于这种情况：	这是您可以做的事：
如果您需要一种未列在我们药单上的药物，或者需要我们免除所承保药物的某项规则或限制。	您可以要求我们例外处理。（这是一种承保裁定。） 从本章 第 5.2 节 开始
如果您想要我们承保列在药单上的某项药物，而且您认为针对所需药物您满足了计划的任何规则或限制（例如预先获得批准）。	您可以要求我们做出承保裁定。 往前跳至本章 第 5.4 节 。
如果要求我们把您已获得的药物的已付费用退还给您？	您可以要求我们退款给您。（这是一种承保裁定。） 往前跳至本章 第 5.4 节 。
如果我们已经告诉您，我们不会按照您想要的方式来承保或支付某项药物。	您可以提出上诉。（这表示您要求我们复议。） 往前跳至本章 第 5.5 节 。

第 5.2 节 什么是例外处理？

若是一项药物无法用您想要的方式承保，您可以要求我们“例外处理”。例外处理是一种承保裁定。与其他类型的承保裁定相同，若我们驳回您要求例外处理的申请，您可以对我们的裁定提出上诉。

当您要求例外处理时，您的医生或其他开立处方者必须用医学原因解释为什么您的情况需要例外批准。然后我们会斟酌您的申请。以下是您和您的医生或其他开立处方者可以要求我们例外处理的示例：

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

1. 承保某项不在承保药物清单（药物名册）上的 D 部分药物。（我们简称为“药单”。）

法律条款

要求承保未列在药单上的某项药物，有时称为要求“药物名册例外处理”。

- 如果我们同意例外处理，承保未列在药单上的某项药物，您必须支付适用于第 5 级（特殊药物）药物的分摊费用。我们要求您支付的药物自付款或共同保险金，您不得要求我们例外处理。

2. 取消我们对某项承保药物的承保限制。承保药物清单（药物名册）上有特定药物适用额外的规则或限制（详细信息请参阅第 3 章）。

法律条款

要求取消某项药物的承保限制有时候称为要求“药物名册例外处理”。

- 特定药物的额外规则和限制包括：
 - 被要求使用某项药物的非品牌版本而不是品牌药。
 - 在我们同意为您承保药物之前事先取得计划批准。（有时这称为“事先授权”。）
 - 在我们同意承保您要求的药物之后被要求先试用另一种药物。（有时候这是称作“阶段式治疗”。）
 - 数量限制。有些药物对于您能服用的数量有所限制。
- 若我们同意例外处理并为您免除某项限制，您可以针对我们要求您就药物支付的自付款或共同保险金进行例外处理。

3. 把药物承保变更为较低的分摊费用级别。药物清单上的每种药物均会列入 5 个分摊费用分级之一。一般上，分摊费用级别的数字越低，您要支付的药物分摊费用便越少。

法律条款

要求针对一项有承保的非首选药物支付较低的价格，有时称为要求“分级例外处理”。

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

- 若我们的药物清单包含可以治疗您的病症的替代性药物，相对于您的药物，这些药物的分摊费用级别较低，您可以要求我们采用替代性药物的分摊费用金额来承保您的药物。这样会降低您的药物分摊费用。
 - 如果您所服用的药物是生物产品，您可以要求我们按照可治疗您的病情之包含生物产品的最低级别替代性品牌药的分摊费用金额，来承保您的药物。
 - 如果您所服用的药物是品牌药，您可以要求我们用可治疗您的病情之最低级别替代性品牌药的分摊费用金额，来承保您的药物。
 - 若您服用的药物是非品牌药物，您可以要求我们用可治疗您的病情之最低级别的或非品牌替代药物的分摊费用金额来承保您的药物。
- 您不能要求我们为第 5 级（特殊药物）中的任何药物更改分摊费用级别。
- 若我们批准您申请的分级例外处理，而且有一个以上较低分摊费用级别含有您不能服用的替代性药物，您通常会支付最低金额。

第 5.3 节 关于要求例外处理的重要事项

您的医生必须告诉我们医学原因

您的医生或其他开立处方者必须给我们一份声明，解释申请例外处理的医学原因。若要加速裁定，在要求例外处理时请附上您的医生或其他开立处方者提供的这份医学信息。

一般而言，我们的药物清单包含一种以上可以治疗特定病情的药物。这些不同的可能药物称为“替代性”药物。若是一项替代性药物的效用与您所申请的药物相同而且不会造成更多副作用或其他健康问题，我们通常不会批准您所申请的例外处理。若您要求我们进行分级例外处理，我们通常不会批准您所申请的例外处理，除非在较低的分摊费用级别中所有替代性药物在您身上的效用不佳。

我们可以同意或驳回您的申请

- 若我们批准您申请的例外处理，我们批准的时效通常是直至计划年度结束为止。只要您的医生持续为您开立处方笺，而且该药物对于治疗您的病情一直是安全且有效的，这个情况便继续如此执行。
- 若我们驳回您的例外处理申请，您可以提出上诉，要求审查我们的裁定。第 5.5 节叙述若我们驳回申请时如何提出上诉。

下一章节叙述如何要求承保裁定，包括例外处理。

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

第 5.4 节 详细步骤：如何要求承保裁定，包括例外处理

第 1 步：您要求我们针对您需要的药物或付款做出承保裁定。若您的健康情况需要快速回应，您必须要求我们进行“快速承保裁定”。若您要求我们把您已经购买药物的费用退还给您，则您不能要求快速承保裁定。

做法

- **申请您需要的承保裁定类型。**您可以开始致电、写信或传真给我们提出申请。您、您的代表或您的医生（或其他开立处方者）可以提出申请。您也可以通过网站获得承保裁定流程。详细信息请参阅第 2 章第 1 节，并查看称为“*当您将 D 部分处方药物要求承保裁定时如何联系我们*”的小节。或者，若您要求我们把药物费用退还给您，请查看称为“*要求我们支付您已接受的药物的分摊费用时如何寄送相关申请*”的小节。
- **您或您的医生或某个代表您的人**可以要求做出承保裁定。本章第 4 节说明您如何通过书面许可指定某个人成为您的代表。您也可以聘请律师代表您。
- **若您要求我们退还药物费用给您**，请阅读本手册第 5 章：*要求我们支付我们的承保药物分摊费用*。第 5 章叙述您可能要求退款的情况。其中也说明如何寄送相关书面资料，要求我们退还您已支付的药物费用的分摊费用。
- **若您申请例外处理，请提供“证明文件”。**您的医生或其他开立处方者必须针对您申请的药物例外处理给予医学原因。（我们称之为“证明文件”。）您的医生或其他开立处方者可以传真或邮寄声明给我们。或您的医生或其他开立处方者可以用电话通知我们，若有必要可后续传真或邮件一份书面声明。请参阅第 5.2 和 5.3 节了解申请例外处理的详细信息。
- **我们必须接受任何书面申请**，包括使用我们网站上的联邦医疗保险（即红蓝卡）和医疗补助计划（即白卡）服务中心 (CMS) 模式承保内容确认申请表来提交的申请。

若您的健康有此必要，可要求我们进行“快速承保裁定”

法律条款

“快速承保裁定”称为“加速承保决定”。

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

- 当我们对您作出裁定，我们会使用“标准”截止期限，除非我们同意使用“快速”截止期限。标准承保裁定表示我们会在收到您的医生的声明之后 72 小时内给您答复。快速承保裁定表示我们会在收到您的医生的声明后 24 小时内予以答复。
- 若要获得快速承保裁定，您必须满足两个条件：
 - 唯有要求承保您尚未得到的药物时，方可使用“快速承保裁定”。（若您是要求我们把您已经购买药物的费用退还给您，则您不能要求快速承保裁定。）
 - 只有在采用标准截止期限可能严重损害您的健康或影响您的身体机能时，方可采用快速承保裁定。
- 如果您的医生或其他开立处方者通知我们，您的健康情况需要我们做出“快速承保裁定”，我们将自动同意为您做出快速承保裁定。
- 如果您是自已申请“快速承保裁定”，而未获得医生或其他开立处方者的支持，我们将判定您的健康情况是否需要我们做出快速承保裁定。
 - 若我们认定您的病症不符合快速承保裁定的要求，我们将发送信函通知您（并且我们将采用标准截止期限）。
 - 信函将说明，如果您的医生或其他开立处方者要求我们做出快速承保裁定，我们会自动作出快速承保裁定。
 - 这封信函亦将说明，对于我们决定给您提供“标准承保裁定”而不是您要求的“快速承保裁定”，您可如何就此提交投诉。它说明如何提出“快速投诉”，表示我们会在收到投诉之后 24 小时内回复您的投诉。（提出投诉的流程与承保裁定和上诉的流程不同。关于投诉流程的详细信息，请见本章第 7 节。）

第 2 步：我们考虑您的申请并给予答复。

“快速承保裁定”的截止期限

- 若我们使用快速截止期限，我们必须在 **24 小时内** 给您答复。
 - 一般而言，这是指在我们收到您的申请之后 24 小时以内。若您申请例外处理，在我们收到支持您申请的医生声明之后 24 小时内会给您答复。若您的健康情况有需求，我们会提早给您答复。
 - 若我们无法在截止期限前完成，我们必须把您的申请送入第 2 级上诉流程，交由独立审查组织审查。在本节后段，我们会讨论此审查组织并解释第 2 级上诉如何进行。

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

- 如果我们对您的部分或全部申请予以批准，我们必须在收到您的申请或是支持您的申请的医生声明之后 24 小时之内提供我们同意提供的承保。
- 若我们拒绝您的部分或全部申请，我们会向您发送一份书面声明解释相关原因。我们也会告诉您可以如何进行上诉。

关于您尚未得到的药物之“标准承保裁定”截止日期

- 若我们使用标准截止日期，我们必须在 **72 小时内** 给您答复。
 - 一般而言，这是指在我们收到您的申请之后 72 小时以内。若您申请例外处理，我们会在收到支持您申请的医生声明之后 72 小时内给您答复。若您的健康情况有需求，我们会提早给您答复。
 - 若我们无法在截止日期前完成，我们必须把您的申请送入第 2 级上诉流程，交由独立审查组织审查。在本节后段，我们会讨论此审查组织并解释第 2 级上诉如何进行。
- 若我们同意您的部分或全部申请—
 - 若我们批准您申请的承保，我们必须在收到您的申请或支持您申请的医生声明后 **72 小时内** 提供我们同意提供的承保。
- 若我们拒绝您的部分或全部申请，我们会向您发送一份书面声明解释相关原因。我们也会告诉您可以如何进行上诉。

关于您已购买的药物费用的“标准承保裁定”截止日期

- 我们必须在收到您的申请之后 **14 个历日内** 给您答复。
 - 若我们无法在截止日期前完成，我们必须把您的申请送入第 2 级上诉流程，交由独立审查组织审查。在本节后段，我们会讨论此审查组织并解释第 2 级上诉如何进行。
- 若我们同意您的部分或全部申请，我们亦必须在收到您的申请后 14 个历日内付款给您。
- 若我们拒绝您的部分或全部申请，我们会向您发送一份书面声明解释相关原因。我们也会告诉您可以如何进行上诉。

第 3 步：若我们驳回您的承保申请，您决定是否提出上诉。

- 若我们驳回，您有权提出上诉。申请上诉表示要求我们复议，以及可能变更我们所做的裁定。

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

第 5.5 节 详细步骤：如何提出第 1 级上诉 (如何要求审查我们的计划所做的承保裁定)

法律条款

针对计划的 D 部分承保裁定提出上诉，称为计划“再裁决”。

第 1 步：您联系我们并提出第 1 级上诉。若您的健康情况需要快速回应，您必须要求“快速上诉”。

做法

- 如需开始上诉，您（或您的代表或您的医生或其他开立处方者）必须联系我们。
 - 进一步了解如何通过电话、传真或邮件或到我们网站上联系我们有关您上诉的任何用途，请至第 2 章第 1 节，寻找该节（*针对 D 部分处方药物提出上诉时如何联系我们*）。
- 若您要求标准上诉，请提交书面申请资料来提出上诉。您也可以用第 2 章第 1 节（*针对 D 部分处方药物提出上诉时如何联系本计划*）显示的电话号码联系我们提出上诉。
- 若您要求快速上诉，您可以用书面方式或打电话联系我们，电话号码如第 2 章第 1 节（*针对 D 部分处方药物提出上诉时如何联系我们的计划*）所示。
- 我们必须接受任何书面申请，包括使用我们网站上的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）及医疗辅助服务中心 (CMS) 模式承保内容确认申请表来提交的申请。
- 我们送出书面通知给您告知我们对于您申请承保裁定的答复当天起，您必须在 60 个历日内提出上诉申请。若您错过此截止期限并有充分的理由说明原因，我们可能会给您更多时间进行上诉。错过截止期限的合理理由可能包括，您患有重病以致无法与我们联系，或者我们提供给您关于申请上诉截止期限的信息错误或不全。
- 您可要求我们提供上诉相关信息之副本，也可以增加更多信息。
 - 您有权要求我们提供您的上诉相关信息之副本。
 - 若您愿意，您和您的医生或其他开立处方者可以提供其他信息给我们，来支持您的上诉。

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

若您的健康情况有需要，请要求“快速上诉”

法律条款

“快速上诉”亦称为“加速再裁决”。

- 若针对我们就您尚未得到的药物所做之裁定提出上诉，您和您的医生或其他开立处方者必须判定您是否需要“快速上诉”。
- 进行“快速上诉”的要求与本章第 5.4 节 进行“快速承保裁定”的要求一样。

第 2 步：我们会斟酌您的上诉然后给您答复。

- 当我们审查您的上诉时，我们会再次仔细审阅您的承保申请相关信息。我们会检查驳回您的申请当时是否遵守所有规则。我们可能联系您或您的医生或其他处方药开立者取得更多信息。

“快速上诉”的截止日期

- 若我们使用快速截止日期，我们必须在收到您的上诉后 72 小时内给您答复。若您的健康情况有需要，我们会提早给您答复。
 - 若我们未能在 72 小时内给您答复，我们必须把您的申请送至第 2 级上诉流程，交由独立审查组织审查。（在本节后段，我们会讨论此审查组织并解释第 2 级上诉流程如何进行。）
- 如果我们对您的部分或全部申请予以批准，我们必须在收到上诉后 72 小时内提供我们同意提供的承保。
- 如果我们驳回您的部分或全部申请，我们会发送一份书面声明给您，解释驳回的原因以及您可以如何针对裁定提出上诉。

“标准上诉”的截止日期

- 若我们使用标准截止日期，我们必须在收到您针对尚未得到的药物提出之上诉后 7 个历日内给您答复。如果您尚未得到药物而且您的健康情况要求我们这么做，我们会提早作出裁定。若您认为您的健康有需要，您应该要求“快速上诉”。
 - 若我们无法在 7 个历日内对您作出裁定，我们必须把您的申请送到第 2 级上诉流程，交由独立审查组织审查。在本节后段，我们会讨论此审查组织并解释第 2 级上诉流程如何进行。

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

- 若我们同意您的部分或全部申请—
 - 若我们批准一项承保申请，我们必须视您的健康情况尽快提供我们同意提供的承保，但是不得晚于我们收到您的上诉之后的 **7 个历日**。
 - 如果我们批准您针对自行购买药物的退款申请，我们须在收到您的上诉申请后 **30 个历日内** 将款项支付给您。
- 如果我们驳回您的部分或全部申请，我们会发送一份书面声明给您，解释驳回的原因以及您可以如何针对裁定提出上诉。
- 若您申请让我们退还您已购买药物的费用，我们必须在收到您的申请后 **14 个历日内** 给您答复。
 - 若我们无法在 14 个历日内对您作出裁定，我们必须把您的申请送到第 2 级上诉流程，交由独立审查组织审查。在本节后段，我们会讨论此审查组织并解释第 2 级上诉如何进行。
- 若我们同意您的部分或全部申请，我们亦必须在收到您的申请后 30 个历日内付款给您。
- 若我们拒绝您的部分或全部申请，我们会向您发送一份书面声明解释相关原因。我们也会告诉您，您可以如何就我们的裁定进行上诉。

第 3 步：若我们驳回您的上诉，您决定是否要进行上诉流程并再提出另一次上诉。

- 若我们驳回您的上诉，您接着可以选择接受这个裁定或继续提出另一次上诉。
- 若您决定提出另一次上诉，表示您的上诉将送入第 2 级上诉流程（参见下方）。

第 5.6 节 详细步骤：如何提出第 2 级上诉

若我们驳回您的上诉，您接着可以选择接受这个裁定或继续提出另一次上诉。若您决定进行第 2 级上诉，**独立审查组织**会审查我们驳回您第一次上诉的裁定。此组织会判定我们的所做的裁定应否变更。

法律条款

“独立审查组织”的正式名称是“**独立审查实体**” (Independent Review Entity)。有时被称为“**IRE**”。

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

第 1 步：如需进行第 2 级上诉，您（或您的代表或您的医生或其他开立处方者）必须联系独立审查组织并要求审查您的个案。

- 若我们驳回您的第 1 级上诉，我们发送给您的书面通知内含**如何向独立审查组织提出第 2 级上诉**的指示。这些指示将说明谁可以提出第 2 级上诉，您必须遵守哪些截止日期，以及如何联系审查组织。
- 当您向独立审查组织提出上诉时，我们会把手上与您的上诉相关的信息交给这个组织。此信息称为您的“个案档案”。您也有权要求我们提供您的个案档案副本。
- 您有权提供额外的信息给独立审查组织来支持您的上诉。

第 2 步：独立审查组织会审查您的上诉并给予答复。

- 独立审查组织是由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）雇用的独立组织。此组织与我们无关联，也不是政府机构。此组织是由联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）挑选的一家公司，负责审查我们对于您的 D 部分福利所做裁定。
- 独立审查组织的审查人会仔细审阅与您的上诉相关的所有信息。该组织会用书面方式通知您其裁定结果并说明原因。

第 2 级“快速上诉”截止日期

- 若您的健康有需要，请要求独立审查组织进行“快速上诉”。
- 若审查组织同意让您进行“快速上诉”，该审查组织必须在收到您的上诉申请后 **72 小时内**给您第 2 级上诉的答复。
- 若独立审查组织同意您的部分或全部申请，我们必须在收到审查组织的裁定之后 **24 小时内**提供由审查组织批准的**药物承保**。

第 2 级“标准上诉”截止日期

- 若您进行第 2 级标准上诉，而您是就尚未得到的药物提出上诉，审查组织必须在收到您的上诉后 **7 个历日内**给予第 2 级上诉的答复。若您申请让我们退还您已购买药物的费用，审查组织必须在收到您的申请后 **14 个历日内**答复您的第 2 级上诉。
- 若独立审查组织同意您的部分或全部申请
- 若独立审查组织批准一项承保申请，我们必须在收到审查组织的裁定之后 **72 小时内**提供审查组织批准的**药物承保**。
- 若独立审查组织批准您的申请，同意退还您已购买药物的费用，我们必须在收到审查组织的裁定之后 **30 个历日内**把款项退还给您。

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

如果审查组织驳回您的上诉？

若此组织驳回您的上诉，表示该组织同意我们不批准您的申请之裁定。（这种情况称为“维持原判”，亦称为“驳回上诉”。）

若独立审查组织“维持原判”，您有权提出第 3 级上诉。不过，如需再提出第 3 级上诉，您所申请的药物承保金额必须到达最低金额。若您所申请的药物承保金额太低，您不能再提上诉，第 2 级的裁定即是最终裁定。独立审查组织发出的通知会告诉您，继续进行上诉的争议金额必须到达多少。

第 3 步：若您申请的承保金额符合要求，您可以选择是否要进一步提出上诉。

- 在第 2 级之后，上诉流程尚有另外 3 级（共有 5 级上诉）。
- 若您的第 2 级上诉被驳回而且您符合继续上诉流程的要求，您必须决定是否要进行第 3 级并提出第三次上诉。若您决定提出第三次上诉，在您第二次上诉之后收到的书面通知含有如何上诉的详细信息。
- 第 3 级上诉由行政法官或律师审判员处理。本章第 6 节详细说明第 3、4 和 5 级上诉流程。

第 6 节 上诉进入第 3 级以上

第 6.1 节 针对 D 部分药物请求的第 3、4 和 5 级上诉

如果您已经提出第 1 级上诉和第 2 级上诉，而且该两项上诉皆已遭拒绝时，本节或许适用于您。

如果您已经上诉的药物价值达到特定承保金额，您可能可以进入上诉的其他级。如果少于该金额，您无法进一步上诉。您收到的第 2 级上诉的书面回复将说明应与何人联系以及如何请求第 3 级上诉。

对于涉及上诉的大多情况，上诉工作的最后三级多为相同方式。以下是三级中各部分处理您的上诉审查人员。

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

第 3 级上诉 在联邦政府工作的法官（称为行政法官）或律师审判员将审查您的上诉并给您回复。

- 如果回复为同意，上诉流程即结束。您在上诉内所要求的事项已被核准。我们必须在 72 小时内（加速上诉则为 24 小时内），授权或提供药物承保，该药物承保为行政法官或律师审判员所核准，或是在收到该裁定后不晚于 30 个日历日支付金额。
- 如果行政法官或律师审判员否决您的上诉，上诉流程 *可能会或可能不会结束*。
 - 如果您决定接受该裁定拒绝您的上诉，那么上诉流程即结束。
 - 如果您不愿意接受该裁定，您可以继续到审查流程的下一级。如果行政法官或律师审判员否决您的上诉，您收到的通知将会告诉您，如果您选择继续您的上诉该怎么进行下一步。

第 4 级上诉 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）上诉委员会（委员会）将审查您的上诉并给您回复。委员会属于联邦政府的一部份。

- 如果回复为同意，上诉流程即结束。您在上诉内所要求的事项已被核准。我们必须在 72 小时内（加速上诉则为 24 小时内），授权或提供药物承保，该药物承保为委员会所核准，或是在收到该裁定后不晚于 30 个日历日支付金额。
- 如果回复为否决，上诉流程 *可能会或可能不会结束*。
 - 如果您决定接受该裁定拒绝您的上诉，那么上诉流程即结束。
 - 如果您不愿意接受该裁定，您可能可以继续到审查流程的下一级。如果委员会否决您的上诉或拒绝审查上诉的请求，您得到的通知将会告诉您，规则是否允许您进入第 5 级上诉。如果规则允许您继续，书面通知也会告诉您，如果您选择继续您的上诉该联系的人员，以及怎么进行下一步。

第 5 级 上诉联邦地区法院的法官将审查您的上诉。

- 此为上诉流程的最后一步。

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办 (承保裁定、上诉、投诉)

投诉

第 7 节 医疗质量、等候时间、客户服务部和其他疑虑等投诉

 如果您的问题是有关福利、承保内容或支付的裁定，那么本节 *不适用于您*。相反地，您需要通过承保裁定和上诉的流程。请到本章的第 4 节。

第 7.1 节 投诉流程处理什么样的问题？

本节解释如何通过流程来投诉。投诉流程 *仅用于* 特定问题。问题包含有关您获得的医疗质量、等候时间与客户服务部。以下是投诉流程处理的问题种类示例。

如果您有任何这些种类的问题，您可以“进行投诉”

投诉	示例
您的医疗护理质量	您满意您接受的治疗质量吗？
尊重您的隐私权	您认为某人不尊重您的隐私权，或分享您认为应该是机密的信息吗？
不尊重、差劲的客户服务部或其他负面行为	- 有人对您无理或不尊重吗？ - 您不满意我们客户服务部对待您的方式吗？ - 您觉得有不满意的地方使您想离开计划吗？
等候时间	- 药剂师曾经让您等待多时吗？或是我们的客户服务部或计划的其他人员的表现呢？ - 示例包含在电话或取得处方药时等待过长。
清洁	您不满意药房的清洁或状况吗？
从我们得知的信息	- 您认为我们未给予您我们必须提供的通知吗？ - 您认为我们给予的书面信息难以理解吗？

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

投诉	示例
时效性 (此类型投诉有关我们关于承保裁定和上诉行动的 时效性)	请求承保裁定和进行上诉的流程解释于本章的第 4 至第 6 节。如果您正在请求承保裁定或进行上诉，您需使用上诉流程而非投诉流程。 不过，如果您已经向我们请求承保裁定或进行上诉，而您认为我们回复的不够快速，您也可以投诉我们的速度过慢。以下是部份示例： • 如果您已经请求我们给予您“快速承保裁定”或“快速上诉”，而我们已经拒绝的话，您可以投诉。 • 如果您认为我们没有赶上给予您承保裁定或回复您提出的上诉的截止日期，您可以投诉。 • 当我们做出的承保裁定已受审查，而且我们被告知必须负担或报销您特定药物时，有适用的截止日期。如果您认为我们没有赶上这些截止日期，您可以投诉。 • 当我们没有及时给予您裁定，我们必须将您的案件寄送至独立审查组织。如果我们没有在要求的截止期限内完成，您可以投诉。

第 7.2 节 “投诉”的正式名称为“提出申诉”

法律条款

- 本节称为“**投诉**”的部分也称为“**申诉**”。
- “**投诉**”的另一个名称为“**提出申诉**”。

“**使用投诉流程**”的另一个名称为“**使用提出申诉流程**”。

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办 (承保裁定、上诉、投诉)

第 7.3 节 详细步骤：投诉

第 1 步：立即联系我们 – 电话或书面皆可。

- 一般来说，首先会致电客户服务部。如果需要您进行任何其他行动，客户服务部会通知您。我们的电话号码是 **1-877-444-7241**，营业时间为每周 7 日，8:00 am 至 8:00 pm（听力或语言障碍人士 TTY 专线：**711**）。
- 如果您不希望致电（或您致电后觉得不满意），您可以用书面投诉寄给我们。如果您用书面投诉，我们将会以书面回复您的投诉。
- 会员申诉（投诉）必须在申诉起源事件发生后 60 天之内提出，写信至：

EmblemHealth Medicare - PDP

ATTN: Grievance and Appeals

PO Box 2807

New York, NY 10116-2807

或致电客户服务部：

1-877-444-7241（听力或语言障碍人士 TTY 专线 **711**）

服务时间为周一至周日 8 am 至 8 pm。

如果您请其他人代为提出申诉，您的申诉必须包含“指定代表表格”(Appointment of Representative Form)，授权该人代表您。如需取得该表格，请致电至客户服务部（电话号码列于上方），并询问“指定代表表格”。亦可访问联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）网站 [/www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 或者我们的网站 emblemhealth.com/medicare 下载。虽然我们可以不需表格即接受申诉，但我们必须收到该表格才能完成我们的审查。如果我们没有在收到您申诉请求后的 44 天内（我们回复您的申诉的截止期限）收到该表格，您的申诉请求将会终止。

书面确认将会在安保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）收到申诉的日期后 15 天内寄送给您。该书面确认将包含解决申诉的任何其他信息请求，并确认被指定回复的部门之姓名、地址和电话号码。

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

我们将调查您的申诉，并根据您的健康状态，依照您的案件所要求尽快向您通知我们的裁定，不晚于收到您申诉后的 30 个历日。如果您请求延长，或我们有理由相信需要更多信息，以及推迟对您有利，我们可能会延长时限，最高为 14 个历日。如果需要延长，我们会通知您。

如果您请求加速承保裁决，我们可能会裁定您的请求不符合加速的标准，所以使用标准请求的时限来处理您的请求。如果我们决定不加速您的请求，或决定依据您的请求延长，您得请求加速申诉。安保健康保险必须在该请求的 24 小时内回复您的加速申诉。

- 无论您是致电或书面，您应该立即联系客户服务部。投诉必须在您出现需要投诉的问题后 60 个历日内提出。
- 如果您因为我们拒绝您“快速承保裁定”或“快速上诉”的请求而投诉，我们将自动给予您“快速投诉”。如果您有“快速投诉”，即代表我们会在 24 小时内给予您回复。

法律条款

本节称为“快速投诉”的部分也称为“加速申诉”。

第 2 步：我们会察看您的投诉并给予您回复。

- 如果可以，我们会立即回复您。如果您因投诉致电给我们，我们可能可以在该通电话给予您回复。如果您的健康状况需要我们尽快回复，我们也会立即行事。
- 大部分的投诉会在 30 个历日内回复。如果我们需要更多信息，而且推迟对您有利，或如果您请求更多时间，我们最多可多 14 个历日（总共为 44 个历日）来回复您的投诉。如果我们确定需要更多时间，我们会以书面方式通知您。
- 如果我们不同意您的部分或所有投诉，或不对您投诉的问题负责，我们将会让您知悉。我们的回复包含此回答的原因。我们必须回复我们是否同意该投诉。

第 7.4 节 您也可以针对医疗质量向质量促进组织投诉

您可以通过上面列出的流程详细步骤，投诉医疗质量。

第 7 章 您有问题或投诉意见，该怎么办

(承保裁定、上诉、投诉)

当您投诉有关*医疗质量*，您还有其他两个选项：

- **您可以向质量促进组织投诉。**如果您希望，您可以直接向您收到治疗的该组织投诉医疗质量（不需向我们投诉）。
 - 质量促进组织为执业医师和其他医疗保健专家组成的团队，用来确认并促进给予联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）患者的治疗，由联邦政府支付费用。
 - 寻找您的州质量促进组织的名称、地址和电话号码，请至本手册第 2 章第 4 节。如果您要向该组织投诉，我们将协助他们解决您的投诉。
- **或是您可以同时向两者投诉。**如果您希望，您可以向我们和质量促进组织投诉医疗质量。

第 7.5 节 您也可以告诉联邦医疗保险（即红蓝卡）有关您的投诉

您可以将有关安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 的投诉直接提交给联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡)。若要向联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）提交投诉，请前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡) 严正看待您的投诉，并且会使用此信息来协助改善联邦医疗保险(Medicare，即红蓝卡) 方案的质量。

如果您有任何其他回馈或问题，或您觉得计划没有解决您的问题，请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。听力或语言障碍人士 TTY/TDD 专线用户可以致电 1-877-486-2048。

第 8 章

结束您在计划中的会籍

第 8 章 结束您在计划中的会籍

第 8 章 结束您在计划中的会籍

第 1 节	简介	127
第 1.1 节	本章重点在结束您的计划会籍	127
第 2 节	您何时可以结束您的计划会籍?	127
第 2.1 节	您可以在年度投保期期间结束您的会籍	127
第 2.2 节	在特定情况中，您可以在特殊投保期结束您的会籍	128
第 2.3 节	您可以在哪里取得更多有关您何时可以结束您的会籍的信息?	130
第 3 节	如何结束您的计划会籍?	131
第 3.1 节	一般来说，您通过投保另一项计划来结束您的会籍	131
第 4 节	直到您的会籍结束，您必须持续通过我们的计划取得您的药物	133
第 4.1 节	直到您的会籍结束，您仍是我们计划的会员	133
第 5 节	安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 在某些情况下必须终止您的计划会籍	133
第 5.1 节	我们何时必须结束您的计划会籍?	133
第 5.2 节	我们 <u>无法</u> 要求您因为任何有关您健康的原因而退出我们的计划	135
第 5.3 节	如果我们结束您的计划会籍，您有权投诉	135

第 8 章 结束您在计划中的会籍

第 1 节 简介

第 1.1 节 本章重点在结束您的计划会籍

结束您在安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 中的会籍可能是**自愿的**（您自己选择）或**非自愿的**（不是由您自己选择）：

- 您可能退出我们的计划因为您已经决定您*想要*退出。
 - 一年只有特定时间或特定情况，您可以自愿结束您的计划会籍。第 2 节会告诉您*何时*可以结束您的计划会籍。
 - 自愿结束您的会籍之流程依您所选的新承保类型而有变动。第 3 节会告诉您*如何在*每种情况下结束您的会籍。
- 也有限定情况是您未选择退出，但我们必须终止您的会籍。第 5 节会告诉您我们必须终止您的会籍的情况。

如果您将要退出我们的计划，您必须继续通过我们的计划取得您的 D 部分处方药物，直到您的会籍结束。

第 2 节 您何时可以结束您的计划会籍？

您尽可以在一年的特定时间结束您的计划会籍，称为投保期。所有会员有机会在年度投保期退出计划。在特定情况中，您可能也有资格在一年的其他时间退出计划。

第 2.1 节 您可以在年度投保期期间结束您的会籍

您可以在**年度投保期**（也称为“年度开放投保期”）结束您的会籍。这段时间您应该审查您的健康和药物承保，决定您下一年的承保。

- **什么时候是年度投保期？** 从 10 月 15 日至 12 月 7 日。
- **在年度投保期期间您可以更换至什么类型的计划？** 您可以选择保留您目前的承保，或是为下一年变更您的承保。如果您决定变更至新计划，您可以选择以下任一计划类型：
 - 其他联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划。
 - 没有独立的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划的原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）。

第 8 章 结束您在计划中的会籍

- 如果您从联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）接受“额外补助”，以支付您的处方药物：如果您没有投保某项独立的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）会帮您登记参加某项药物计划，除非您事先选择不参加自动参保。
- – 或者 – 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划。联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划由与联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）有合约关系的私人企业提供的计划，负责提供联邦医疗保险 A 部分（医院）和 B 部分（医疗）的全部福利。一些联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划也包括 D 部分处方药物承保。
- 如果您投保了大多数的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划，则当您的新计划承保范围开始时，您将被从安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 中退保。然而，如果您选择了一个没有 D 部分药物承保的私人付费服务计划、联邦医疗保险 (Medicare，即红蓝卡) 医疗储蓄账户计划或者联邦医疗保险 (Medicare，即红蓝卡) Cost 计划，则您可以投保该计划，并为您的药物承保范围保留安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx)。如果您不想保留我们的计划，您可以选择投保另一个联邦医疗保险（即红蓝卡）处方药物计划，或退出联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）医疗处方药物承保。

注意：如果您退保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物承保，且连续 63 天或更长时间未享有可抵免处方药物承保，如果您之后加入某联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划，您可能必须支付延迟投保罚款。（“可计入”承保代表预期该承保平均支付费用至少与联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）标准处方药物承保一样多。）请见第 1 章第 5 节了解更多延迟投保罚款信息。

- 您的会籍何时结束？在您新计划的承保于 1 月 1 日开始时，您的会籍即会结束。

第 2.2 节 在特定情况中，您可以在特殊投保期结束您的会籍

在特定情况下，安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 会员可能有资格在一年的其他时间结束他们的会籍。这称为**特殊投保期**。

- 谁有资格参加特殊投保期？如果下列任一情况适用于您，您则有资格在特殊投保期期间结束您的会籍。这些只是示例，您可以联系本计划、致电联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）或浏览联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）网站 (www.medicare.gov) 参阅完整清单：
 - 如果您已经搬离了您的计划的服务区域。

第 8 章 结束您在计划中的会籍

- 如果您已经有医疗补助计划 (Medicaid, 即白卡)。
- 如果您有资格使用“额外补助”支付您的联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 处方药物。
- 如果我们违反与您的合约。
- 如果您正在某机构取得治疗, 例如疗养院或长期医疗护理 (LTC) 医院。
- 如果您投保老年人全面护理方案 (PACE)。
- **注意:** 如果您目前正加入药物管理计划, 则不得更换计划。第 3 章第 10 节提供关于药物管理计划的更多信息。
- **特殊投保期是什么时候?** 该投保期依据您的状况有所变动。
- **您可以怎么做?** 为了找出您是否符合特殊投保期的资格, 请致电联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡), 电话是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 服务时间为每周 7 天, 一天 24 小时。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户请致电 1-877-486-2048。如果您因为特殊情况有资格结束您的会籍, 您可以选择变更您的联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 承保和处方药物承保。这表示您可以选择以下任一类型计划:
 - 其他联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 处方药物计划。
 - 没有独立的联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 处方药物计划的原始联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡)。
 - 如果您从联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 接受“额外补助”, 以支付您的处方药物: 如果您转为投保原始联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 且没有投保某项独立的联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 处方药物计划, 联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 会帮您登记参加某项药物计划, 除非您事先选择不参加自动参保。
 - ~~–或者–~~ 联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 健保计划。联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 健保计划由与联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 有合约关系的私人企业提供的计划, 负责提供联邦医疗保险 A 部分 (医院) 和 B 部分 (医疗) 的全部福利。一些联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 健保计划也包括 D 部分处方药物承保。
 - 如果您投保了大多数联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 健保计划, 则当您的新计划承保范围开始时, 您将被自动从安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 中退保。然而, 如果您选择了一个没有 D 部分药物承保的私人付费服务计划、联邦医疗保险 (Medicare, 即

第 8 章 结束您在计划中的会籍

红蓝卡) 医疗储蓄账户计划或者联邦医疗保险(Medicare, 即红蓝卡) Cost 计划, 则您可以投保该计划, 并为您的药物承保范围保留安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx)。如果您不想保留我们的计划, 您可以选择投保另一个联邦医疗保险 (即红蓝卡) 处方药物计划, 或退出联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 医疗处方药物承保。

注意: 如果您退保联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 处方药物承保, 且连续 63 天或更长未享有可抵免处方药物承保, 如果您之后加入某联邦医疗保险

(Medicare, 即红蓝卡) 处方药物计划, 您可能必须支付 D 部分延迟投保罚款。

(“可计入”承保代表预期该承保平均支付费用至少与联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 标准处方药物承保一样多。) 请见第 1 章第 5 节了解更多延迟投保罚款信息。

- **您的会籍何时结束?** 您的会籍一般而言会在我们收到您请求变更您的计划后, 在该月的第一天结束。

第 2.3 节 您可以在哪里取得更多有关您何时可以结束您的会籍的信息?

如果您有任何问题, 或想要更多有关您何时可以结束您的会籍的信息:

- 您可以**联系客户服务部** (电话号码印于本手册封底)。
- 您可以在 *《联邦医疗保险 (即红蓝卡) 与您》(Medicare & You) 2021* 年手册找到信息。
 - 每个有联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 的人都会在每年秋天收到 *《联邦医疗保险 (即红蓝卡) 与您》(Medicare & You)* 的副本。新加入联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 者会在首次投保后的一个月内收到。
 - 您也可以从联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 网站 (www.medicare.gov) 下载副本。或是, 您也可以通过拨打以下号码致电联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 索取副本。
- 或者, 您可以致电**联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡)**, 电话是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 服务时间为每周 7 天, 一天 24 小时。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 1-877-486-2048。

第 8 章 结束您在计划中的会籍

第 3 节 如何结束您的计划会籍？

第 3.1 节 一般来说，您通过投保另一项计划来结束您的会籍

一般来说，为了结束我们的计划中您的会籍，您单纯在其中一个投保期（请见本章第 2 节了解关于投保期的信息）投保另一项联邦医疗保险计划（Medicare，即红蓝卡）即可。然而，有两种情况下，您需要以不同的方式结束您的会籍：

- 如果您想从我们的计划更换至没有联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划的原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），您必须要求退保我们的计划。
- 如果您加入了一个没有处方药物承保的私人付费服务计划、联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）医疗储蓄账户计划或者联邦医疗保险（即红蓝卡）Cost 计划，则您在这个新计划中投保不会结束您在我们计划中的会籍。在这种情况下，您可以投保该计划，并为您的药物承保范围保留安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx)。如果您不想保留我们的计划，您可以选择投保另一个联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划，或要求从我们的计划退保。

如果您处于者两种情况中的一种，并且想离开我们的计划，则有两种方式您可以要求退保：

- 您可以用书面向我们申请。如果您需要更多信息了解怎么做，请联系客户服务部。（电话号码印于本手册封底）。
- ——或是——您可以致电联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），电话是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服务时间为每周 7 天，一天 24 小时。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 1-877-486-2048。

注意：如果您退保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物承保，且连续 63 天或更长时间未享有可抵免处方药物承保，如果您之后加入某联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划，您可能必须支付 D 部分延迟投保罚款。（“可计入”承保代表预期该承保平均支付费用至少与联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）标准处方药物承保一样多。）请见第 1 章第 5 节了解更多延迟投保罚款信息。

下方表格解释您应该如何结束您的会籍。

第 8 章 结束您在计划中的会籍

如果您想从我们的计划更换至：

这是您应该做的：

- 其他联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划。

- 在 10 月 15 日至 12 月 7 日期间投保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划。
当您的新计划承保开始时，您将自动从安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 退保。

- 联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划。

- 在 12 月 7 日之前投保新的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划。拥有大多数联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）健保计划之后，则当您的新计划承保范围开始时，您将被自动从安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 中退保。

然而，如果您选择了一个没有 D 部分药物承保的私人付费服务计划、联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）医疗储蓄账户计划或者联邦医疗保险

（Medicare，即红蓝卡）Cost 计划，则您可以投保该新计划，并为您的药物承保范围保留安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx)。如果您想离开我们的计划，那么您必须投保其他联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划，或者要求退保。如想退保，您必须向我们发送书面请求（如需关于此流程的更多信息，您可致电客户服务部（电话号码印于本手册封底）），或者联系联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡），电话是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 1-877-486-2048）。

第 8 章 结束您在计划中的会籍

如果您想从我们的计划更换至： 这是您应该做的：

- 没有独立的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划的原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）。
注意：如果您退保联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划，且连续 63 天或更长时间未享有可抵免处方药物承保，如果您之后加入某联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划，您可能必须支付延迟投保罚款。请见第 1 章第 5 节了解更多延迟投保罚款信息。
- 寄送退保的书面申请给我们。如果您需要更多信息了解怎么做，请联系客户服务部。（电话号码印于本手册封底）。
- 您也可以致电**联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）**要求退保，电话是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服务时间为每周 7 天，一天 24 小时。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 1-877-486-2048。

第 4 节 直到您的会籍结束，您必须持续通过我们的计划取得您的药物

第 4.1 节 直到您的会籍结束，您仍是我们计划的会员

如果您退出安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx)，可能需要一些时间终止您的会籍并使您的联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）新承保生效。（请见第 2 节了解关于您的新承保何时开始的信息。）在这段时间，您必须继续通过我们的计划取得您的处方药物。

- 您可继续使用网络内药房按处方配药，直到您的计划会籍结束。一般来说，您的处方药物仅在由网络内药房配药时才有承保：包含通过我们的邮购配药服务。

第 5 节 安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 在某些情况下必须终止您的计划会籍

第 5.1 节 我们何时必须结束您的计划会籍？

如果出现以下任何情况，安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 必须终止您在计划中的会籍：

第 8 章 结束您在计划中的会籍

- 如果您不再有联邦医疗保险 A 部分或 B 部分计划（或者两者都没有）。
- 如果您搬离我们的服务地区。
- 如果您离开我们的服务地区超过 12 个月。
 - 如果您搬家或长期旅行，您需要致电客户服务部，了解您正要搬去或旅行的地方是否在本计划地区。（客户服务部的电话号码印于本手册的封底。）
- 如果您被监禁（坐牢）。
- 如果您非美国公民或非法居住在美国。
- 如果您对任何提供处方药物承保的其他保险说谎或隐匿信息。
- 如果您在投保我们的计划时意图给予我们不正确的信息，且该信息影响您参与我们的计划的资格。（我们无法因为此原因让您退出我们的计划，除非我们先取得联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的准许。）
- 如果您持续以干扰的方式行事，并使我们难以为您和我们计划的其他会员提供护理。（我们无法因为此原因让您退出我们的计划，除非我们先取得联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的准许。）
- 如果您让其他人使用您的会籍卡取得处方药物。（我们无法因为此原因让您退出我们的计划，除非我们先取得联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的准许。）
 - 如果我们因为此原因结束您的会籍，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）可能请监察长调查您的案件。
- 如果您在 90 天内没有支付计划保费。
 - 我们必须书面通知您，在我们终止您的会籍之前，您有 90 天的时间来支付计划保费。
- 如果您因为收入被要求支付额外的 D 部分金额，而您没有支付的话，联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）将会把您从我们的计划退保，您将失去处方药物承保。

您可以在哪里取得更多信息？

如果您有问题，或想要更多有关我们何时可以结束您的会籍的信息：

- 您可以致电**客户服务部**取得更多信息（电话号码印于本手册封底）。

第 8 章 结束您在计划中的会籍

第 5.2 节 我们无法要求您因为任何有关您健康的原因而退出我们的计划

安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 不被允许因为与您的健康相关的任何原因而要求您退出我们的计划。

如果这情况发生了，您该怎么办？

如果您觉得您因为健康相关原因被要求退出我们的计划，您应该拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，致电联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）。听力或语言障碍人士 TTY 专线用户应致电 1-877-486-2048。您可于每周 7 天，每天 24 小时随时致电。

第 5.3 节 如果我们结束您的计划会籍，您有权投诉

如果我们结束您的计划会即，我们必须以书面告知结束会籍的原因。我们也必须解释您可以如何提出申诉，或可以针对我们结束您会籍的裁定进行投诉。您可以查看第 7 章第 7 节，取得如何投诉的信息。

第 9 章

法律声明

第 9 章 法律声明

第 9 章 法律声明

第 1 节	管辖法声明	138
第 2 节	无歧视声明	138
第 3 节	联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）次要付款人代位求偿权声明.....	138

第 9 章 法律声明

第 1 节 管辖法声明

许多法律适用于此**承保证明**，而且某些附加条款可能适用，因为它们系由法律所要求。这可能影响您的权利和责任，即使该法律未包含在本文件内或于此解释。适用于本文件的主要法律为社会保障法案第 XVIII 条，以及联邦医疗保险（**Medicare**，即红蓝卡）和医疗补助计划（**Medicaid**，即白卡）服务中心 (**Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS**) 在社会保障法案下制定的法规。此外，其他联邦法律和特定情况下您居住的州的法律可能适用。

第 2 节 无歧视声明

我们的计划必须遵从法律，保护您免受歧视或不公待遇。**我们不会**因为种族、族裔、原国籍、宗教、性别、年龄、心理或生理障碍、健康状况、理赔经验、病史、基因信息、可保险证据或服务区域内的地理位置而有所**歧视**。所有提供联邦医疗保险（**Medicare**，即红蓝卡）处方药物计划的组织，例如我们的计划，必须遵守联邦法律反对歧视，包含1964年《民权法案》第VI条、1973年《康复法案》、1975年《就业年龄歧视法案》、《美国身心障碍法案》、《平价医疗法案》第 1557 节、适用于取得联邦资金组织的所有其他法律，以及适用于任何其他原因的任何其他法律与法规。

若您需要详细信息或对于歧视或不公待遇有疑虑，请联系美国卫生及公共服务部的**民权办公室**，电话是 1-800-368-1019（听力或语言障碍人士 TTY 专线：1-800-537-7697），或联系您当地的民权办公室。

若您患有残疾且需要协助取得医疗护理服务，请致电我们的客户服务部（电话号码印于本手册封底）。若您有投诉，例如无法使用轮椅一类问题，请寻求客户服务部协助。

第 3 节 联邦医疗保险（**Medicare**，即红蓝卡）次要付款人代位求偿权声明

我们有权利和责任收取联邦医疗保险（**Medicare**，即红蓝卡）非主要付款人的承保联邦医疗保险（**Medicare**，即红蓝卡）处方药物之费用。根据 CMS 法规 42 CFR 的第 422.108 和 423.462 节，安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 身为一个联邦医疗保险

（**Medicare**，即红蓝卡）处方药物计划主办方，将行使部长级依据 42 CFR 第 411 部分子部分 B 至 D 中的 CMS 法规所行使的相同追讨权，而且本节设立的法规取代任何州法。

第 10 章

重要术语的定义

第 10 章 重要术语的定义

第 10 章 重要术语的定义

上诉 – 您不同意我们拒绝处方药物的承保请求，或支付您已经收到药物之裁定时，所采取的行动。例如，如果我们不为您支付您认为应该接受的药物，您也可以寻求上诉。第 7 章解释了上诉，包含涉及进行上诉的流程。

年度投保期 – 每年秋天会员可以变更他们的健康或药物计划，或更换至原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的固定时间。联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）年度投保期为 10 月 15 日至 12 月 7 日。

品牌药物 – 由原始研究并开发该药物的制药公司所生产与贩售的处方药物。品牌药物与该药物的普通版有相同活性成分的配方。不过，非品牌药物由其他药物制造商生产与贩售，到品牌药物的专利权逾期前，无法广泛取得。

巨灾承保阶段 – D 部分处方药物保险福利的一个阶段，此时您或其他符合资格代表您的当事人在承保年度内所支付的承保药物已达 **\$6,550**，您会支付较低的药物自付款或共同保险金。

联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡）服务中心 (CMS) – 管理联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的联邦机构。第 2 章解释了如何联系 CMS。

共同保险金 – 在您支付任何自付额之后，您可能被要求就服务或处方药物支付的分摊费用。共同保险金通常以百分比计算（如 20%）。

投诉 - “进行投诉”的正式名称为“提出申诉”。投诉流程仅用于特定问题。问题包含有关您获得的医疗质量、等候时间与客户服务部。请一并参照本定义清单的“申诉”。

自付款（或“copay”） – 您可能被要求支付的处方药物分摊费用。自付款为固定金额，非以比例计算。例如，您可能需要支付 \$10 或 \$20 处方药物费用。

分摊费用 – 分摊费用是指会员获得药物时必须支付的费用。（这是附加在计划的每月保费上。）分摊费用包含下列三种费用的任意组合：(1) 在药物承保前，计划可能收取的自付额；(2) 收到特定药物时，计划要求的任何固定“自付款”；或(3) 收到特定药物时，计划要求的任何“共同保险金”，为支付药物总金额的一部份比例。当您的医生开立处方药物少于一个完整月的特定药物用品，而您必须支付自付款时，得适用“每日分摊费用率”。

分摊费用分级 – 承保药物清单上的每种药物都会列入其中 5 个分摊费用分级中的一个。一般而言，分摊费用级别愈高，您的药物分摊费用也愈高。

第 10 章 重要术语的定义

承保内容确认 – 裁定开立给您的药物是否由计划承保，以及您被要求支付该处方药物的金额。一般而言，如果您携带您的处方单至药房，而药房告知您该处方药物未受您的计划承保，那并非承保内容确认。您需要致电或致函至您的计划，询问关于该承保的正式裁定。承保内容确认在本手册称为“承保裁定”。第 7 章解释了如何向我们询问承保裁定。

承保药物 – 我们使用这字词来代表我们计划所承保的所有处方药物。

可计入处方药物承保 – (例如从雇主或工会取得的) 处方药物承保，平均而言预期支付至少和联邦医疗保险 (Medicare，即红蓝卡) 处方药物承保一样高的金额。拥有此类承保的人当他们有资格取得联邦医疗保险 (Medicare，即红蓝卡) 时，如果他们之后裁定投保联邦医疗保险 (Medicare，即红蓝卡) 处方药物承保，一般来说可以保留该承保，而不需支付罚款。

客户服务部 – 我们计划中负责回复您关于会籍、福利、申诉和上诉相关问题的部门。请见第 2 章了解如何联系客户服务部。

每日分摊费用率 – 当您的医生开立处方药物少于一个完整月的特定药物用品，而您必须支付自付款时，可能适用“每日分摊费用率”。每日分摊费用率是用每月供应天数平分的自付款。以下是示例：如果您一个月的药物供应自付款是 \$30，而您的计划一个月的供应是 30 天，那您的“每日分摊费用率”为每天 \$1。这代表您配药时，要为每天的供应支付 \$1。

自付额 – 在我们的计划开始支付前，您必须为处方药物支付的金额。

退保 – 结束您的会籍的流程。退保可能为自愿 (您的选择) 或非自愿 (非您的选择)。

配药费 – 每次调剂承保药物时收取的费用，用来支付配处方药物的花费。配药费包含如药剂师花时间准备或装袋处方药物的花费等。

急症 – 急症是指您或任何其他具有一般健康和医学知识的谨慎的非专业人士认为您有医学症状需要立即就医，认为您需要接受立即医疗照护的医疗症状，以避免失去生命、四肢或丧失四肢功能。病症可能是疾病、受伤、严重疼痛或迅速恶化的病症。

承保证明 (EOC) 与披露信息 – 本文件及您的投保表格和任何其他附件、附约或其他已选的可选承保，解释您的承保、您必须做的事、您的权利和您身为我们计划的会员必须做的事。

例外承保 – 是一种承保裁定，若经核准，允许您取得不在您计划赞助者的药物名册上的药物 (药物名册例外)，或以较低的分摊费用等级取得非首选药物 (层级例外)。如果您

第 10 章 重要术语的定义

的计划赞助者要求您在取得您申请的药物前，先尝试其他药物，您可能也可请求例外承保，或是该计划限制您申请的药物数量或剂量（药物名册例外）。

额外补助 – 一种联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）计划，协助低收入者支付联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）处方药物计划费用，例如保费、自付额、共同保险金。

非品牌药物 – 一种美国食品药品监督管理局 (FDA) 批准的处方药物，拥有与品牌药物相同活性成分。一般而言，“非品牌”药物与品牌药物作用相当且通常较便宜。

申诉 - 您提出关于我们或我们的一家网络药房的一种投诉类型，包含关于您的医疗质量的投诉。此类型的投诉与承保内容或付款争议无关。

根据收入而调整的月费 (IRMAA) - 如果您在 2 年前的 IRS 纳税申报单上报告的调整后的总收入超过一定数额，您将支付标准保费金额和根据收入而调整的月费 (IRMAA)。

IRMAA 是附加在保费上的额外费用。联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的人少于 5% 会受影响，所以大部分的人不会支付更高的保费。

初始承保限额 – 在初始承保下承保的最大限额。

初始承保阶段 – 在您的总药费（包括您已经支付的费用和您的计划代表您支付的费用）达到 \$4,130 的阶段。

初始投保期 – 当您第一次符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）资格，在您可以参加联邦医疗保险 A 部分和 B 部分的期间。例如，当您年满 65 岁符合联邦医疗保险

（Medicare，即红蓝卡）资格的话，您的初始投保期为 7 个月，开始于您成为 65 岁该月的前 3 个月，包含您成为 65 岁该月，并在您成为 65 岁该月后的 3 个月结束。

承保药物清单（药物名册或“药物清单”） – 计划承保的处方药物清单。本清单中的药物，是由本计划在医生与药剂师协助下所选出。该清单包含品牌药和非品牌药物。

低收入补贴 (LIS) – 请见“额外补助”。

医疗补助计划 (Medicaid，即白卡)（或医疗协助） – 为联邦和州的联合计划，帮助低收入且资源有限人士支付医疗费用。医疗补助计划（Medicaid，即白卡）依州各有不同，但如果您符合联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）和医疗补助计划（Medicaid，即白卡），大部分的医疗保健费用都有承保。请见第 2 章第 6 节，了解关于如何联系您的州医疗补助计划（Medicaid，即白卡）的信息。

第 10 章 重要术语的定义

医疗上公认的适应症 – 美国食品药品监督管理局核准或特定参考书籍支持的药物使用。请见第 3 章第 3 节，了解更多有关医疗上公认的适应症的信息。

联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) – 65 岁或以上的人、部分小于 65 岁且有特定残疾的人，以及晚期肾疾病患者（需进行透析或者肾移植的永久性肾衰竭）的联邦健康保险计划。有联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 的人可以通过原始联邦医疗保险

(Medicare, 即红蓝卡)、联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) Cost 计划、老年人全面护理方案 (PACE) 或联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡)，取得联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 健康承保。

联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡) (MA) – 有时候称为联邦医疗保险 C 部分。由与联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 有合约关系的私人企业提供的计划，提供您联邦医疗保险 A 部分和 B 部分所有福利。联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡) 可以是 HMO、PPO、私人付费服务 (Private Fee-for-Service, PFFS) 计划，或联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 医疗储蓄帐户 (Medicare Medical Savings Account, MSA) 计划。如果您投保联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡)，那么将通过该计划承保联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 服务，而不是通过原始联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 付费。在大多情况下，联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡) 也提供联邦医疗保险 D 部分（处方药物承保）。这些计划称为有处方药物承保的联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡)。每个拥有医疗联邦医疗保险 A 部分和 B 部分的人都有资格加入他们所在地区提供的任何联邦医疗保险优惠计划。

联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 非承保折扣方案 – 提供大部分承保 D 部分品牌药物折扣给 D 部分会员，这些会员已达到非承保阶段并且未正在接受“额外补助”。折扣是根据联邦政府和特定药物制造商的协议订立。因此，大部分而非全部的品牌药物都有折扣。

联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 承保服务范围 – 联邦医疗保险 A 部分和 B 部分承保的服务范围。

联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 健保计划 – 联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 健保计划由与联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 有合约关系的私人企业提供，提供 A 部分和 B 部分福利给有联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 且投保该计划的人。这条款包含所有联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡)、联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) Cost 计划、示范/试验计划，以及老年人全面护理方案 (PACE)。

第 10 章 重要术语的定义

联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 处方药物承保 (联邦医疗保险 D 部分) – 该保险协助支付门诊处方药物、疫苗、生物制品及联邦医疗保险 A 部分或 B 部分不承保的用品。

“联邦医疗保险补充保险” (联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 附加保险) 单 – 私人 保险公司贩售的联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 附加保险, 用来填补原始联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 的“非承保期”。联邦医疗保险补充保险保单仅与原始联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 一起使用。(联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡) 并非联邦医疗保险补充保险。)

会员 (我们计划的会员, 或“计划会员”) – 有联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 且符合取得承保服务范围的资格, 并且已投保我们计划, 投保也已获联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 和医疗补助计划 (Medicaid, 即白卡) 服务中心 (CMS) 确认的人士。

网络药房 – 网络药房是我们计划的会员可以取得他们处方药物福利的药房。我们称他们“网络药房”, 因为他们与我们计划有合约关系。大部分情况下, 只有前往我们的其中一间网络内药房为您的处方药物配药, 才会获得承保。

原始联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) (“传统联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡)”或“按服务收费”联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡)) – 原始联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 由政府提供, 并非像联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡) 和处方药物计划等私人健保计划。在原始联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 下, 通过支付国会设立的费用金额给医生、医院和其他医疗服务提供方, 联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 服务即获承保。您可以寻求接受联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 的医生、医院或其他医疗服务提供方的协助。您必须支付自付额。联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 支付联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 核准金额的分摊费用, 您则支付您的分摊费用。原始联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 有两个部分: A 部分 (住院保险) 与 B 部分 (医疗保险) 可在美国各地取得。

网外药房 – 跟我们计划无合约关系以合作或提供承保药物给我们计划会员的药房。如承保证明所解释, 您从网外药房取得的大多数药物都没有受到我们计划的承保, 除非特定状况适用。

自付费用 – 请见上述“分摊费用”的定义。会员对于支付收到的部分药物的分摊费用申请, 也指会员的“自付”费用申请。

PACE 计划 - PACE (老年人全面护理方案) 计划为体弱的人结合医疗、社会和长期医疗护理 (LTC) 服务, 协助人们尽可能独立病生活在他们的社区 (而非搬入疗养院), 并取

第 10 章 重要术语的定义

得他们需要的高质量照护。投保老年人全面护理方案 (PACE) 计划的人通过该计划接受他们的联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 和医疗补助计划 (Medicaid, 即白卡) 福利。

C 部分 - 请见“联邦医疗保险优惠计划 (Medicare Advantage, 即红蓝卡) (MA) 计划”。

D 部分 - 自愿的联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 处方药物福利计划。 (为了便于参考, 我们将称此处方药物福利计划为 D 部分。)

D 部分药物 - 可依据 D 部分承保的药物。我们可能会或可能不会提供所有 D 部分药物。(请见您的药物名册以了解承保药物的明确清单。) 特定类型的药物已由国会明确排除在 D 部分承保药物之外。

D 部分延迟投保罚款 - 如果您在第一次有资格加入 D 部分计划后连续 63 天或更长时间未参加可抵免承保 (一般而言, 预期支付至少和标准联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 处方药物承保金额一样高的承保), 则该罚款附加于您月保费的金额。只要您有联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 药物计划, 您要支付较高的金额。以下是例外情况。比如, 如果您从联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 接受“额外补助”, 支付您的处方药物计划费用, 则延迟投保罚款规则不适用于您。若您获得“额外补助”, 就不需要支付延迟投保罚款。

首选分摊费用 - 首选分摊费用是指在某些网络药房对某些承保 D 部分药物实行较低的分摊费用。

保费 - 定期付给联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡)、保险公司, 或健康或处方药物承保之医疗保健计划的费用。

事先授权 - 必须事前批准才可获得的服务或列于或未列于我们药物名册中的某些药物。只有您的医生或其他网络内医疗服务提供方从我们计划取得“事先授权”, 某些网络内医疗服务才有承保。需要事先授权的承保服务范围标记在第 4 章的保险福利表格。只有您的医生或其他网络医疗服务提供者从我们取得“事先授权”, 某些药物才有承保。需要事先授权的承保药物标记在药物名册中。

质量促进组织 (QIO) - 联邦政府支付费用的执业医师和其他医疗保健专家所组成, 确认并促进给予联邦医疗保险 (Medicare, 即红蓝卡) 患者的医疗质量。请见第 2 章第 4 节, 了解关于如何联系您的州 QIO 的信息。

数量限制 - 为了质量、安全或使用原因, 设计于限制所选药物使用的管理工具。可能限制我们承保药物每次处方药的数量或限制规定的时间期限。

第 10 章 重要术语的定义

服务地区 – 如果处方药物计划根据所在地限制会籍时，是指该健保计划接受会员的地理区域。如果您永久搬离计划的服务地区，该计划可能会将您退保。

特殊投保期 – 会员可以变更他们的健保计划或药物计划，或回归至原始联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）的固定时间。您可能符合特殊投保期资格的情况包含：若您搬离服务地区、若您的处方药物费用正取得“额外补助”、若您搬入一家疗养院，或若我们违反与您的合约。

标准分摊费用 – 标准分摊费用是并非网络药房提供首选分摊费用的分摊费用。

阶段式治疗 – 一种使用工具，要求您在您的医生原来可能已先行开立处方药前，必须先试用另外一种药治疗您的病症。

社会安全生活补助金 (SSI) – 社会安全局支付给失能、眼盲或 65 岁以上收入及资源有限人士的每月福利。SSI 保险权益与社会安全福利不同。

安保尊享联邦医疗保险处方药计划 (VIP Rx) 客户服务

方式	客户服务部 – 联系信息
致电	1-877-444-7241 此电话号码为免费。服务时间：每天 8 am 至 8 pm，每周 7 天 客户服务还可为非英语人士提供免费语言翻译服务。
听力或语言障碍人士 TTY 专线	711 （纽约州转接服务） 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。 此电话号码为免费。 服务时间：每周 7 天，8:00 am 至 8:00 pm
传真	1-212-510-5373
写信	EmblemHealth Pharmacy Services PO Box 1520 JAF Station New York, NY 10116-1520
网站	emblemhealth.com/medicare

健康保险信息咨询和援助计划 (HIICAP) (New York's SHIP)

健康保险信息咨询和援助计划 (HIICAP) 是一项由联邦政府提供资金的州方案，为联邦医疗保险（Medicare，即红蓝卡）会员提供免费地方健保顾问。

方式	联系信息
致电	1-800-701-0501
听力或语言障碍人士 TTY 专线	711（纽约州转接服务） 此号码需要特殊的电话设备，而且仅适用于有听力或语言障碍的人士。
写信	New York State Office for the Aging（纽约州老年人办公室） 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
网站	http://www.aging.ny.gov

PRA 披露声明根据 1995 年的《减少文书工作法案》，没有人必须对收集信息请求作出答复，除非其显示有效的 OMB 控制号码。此信息收集的有效 OMB 控制号码是 0938-1051。如果您对本表格有任何改进意见或建议，请致函：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.